Nr. 35. 30. sierpnia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. K. KRETTER i Dr. M. SEIDLER. Lwów.

Zmiany fizykochemiczne krwi przy zakrzepach i leczenie tychże pijawkami [1]).

Z Oddziału położn.-ginekol. O. Z. K. Ch. we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Seidler.

Sprawa zakrzepów zajmuje nas żywo od szeregu lat. Dociekania nasze szły w kierunku wykazania zmian fizykochemicznych krwi po operacjach i porodach, jako też i zmian w krążeniu, jako przyczyn najważniejszych w etjologji tego schorzenia. W pierwszej naszej pracy, staraliśmy się wykazać, jakie najważniejsze momenty odgrywały rolę w patogenezie i etjologji zakrzepów, opierając się na własnem doświadczeniu oraz na obszernem, omawiającem tę sprawę, piśmiennictwie.

Zakrzepowe zapalenie żył jest z punktu widzenia anatomopatologicznego miejscowym procesem zapalnym, toczącym się w ścianie żyły i obejmującym z reguły wszystkie trzy jej warstwy, dając nam obraz *panphlebitis*. W miejscu zadziałania czynnika uszkadzającego na ścianę naczynia i w związku z tem, odpowiednim odczynem śródbłonka wytwarza się t. zw. pierwotny zakrzep, na którym następnie narasta t. zw. zakrzep wtórny. Otóż ów zakrzep pierwotny wedle badań Starlingera i Sametnicka składa się tylko ze zlepionych ze sobą płytek, na którym dopiero następowo tworzy się skrzep złożony również z płytek i wypadniętego włóknika krwi. Przyczyną owego zlepiania się płytek są bezwarunkowo zmiany fizyko-chemiczne krwi.

Białko mianowicie krwi krąży w niej pod postacią koloidów zjonizowanych i opatrzonych ładunkiem elektrycznym ujemnym. Jeżeli teraz skutkiem pewnych czynników pojawia się we krwi białko o ładunku elektrycznym słabszym od nich, a do nich należą globuliny i fibrynogen, wówczas płytki tracą część swych ładunków, ich siła odpychająca słabnie i wskutek tego górę bierze tendencja zlepna.

Krótko mówiąc, można sobie wyobrazić powstawanie zakrzepu w ten sposób, że we krwi zmienionej przez jakikolwiek uraz zjawiają się dogodne warunki do sklejania się płytek krwi, bądźto przez zetknięcje się ich z cząsteczkami tkanek przeciętych, czy zmiażdżonych, czy też z drobnoustrojami o małej zjadliwości i ten pierwotny zawiązek skrzepu t. zw. skrzep pierwotny narasta dalej do światła naczynia, jego masa się powiększa przez wtórne wypadanie włóknika krwi i nawarstwianie się płytek.

Dalszym, nieodzownym warunkiem jest zwolnienie prądu krwi. Tym stanom towarzyszy również zmiana krzepliwości krwi, a mianowicie czas krzepnienia się skraca. Boshamer wykazał, że krew jest wtedy uboższą w antytrombinę, która hamuje przemianę trombogenu w obecności trombokinazy na trombinę i zobojętnia już wytworzoną trombinę. W przypadkach prawidłowych istnieje równowaga między trombiną a antytrombiną.

Z kolei rzeczy krótko omówimy teorje powstawania zakrzepów. Otóż oddawna istnieją już dwie teorje.

1) infekcyjno-toksyczna,
2) mechaniczna.

Zwolennikami teorji infekcyjno-toksycznej są autorowie tacy jak Haberland, Schulz, Hoering, Mayer, Hugel, Delater i inni. Otóż wedle zdania tych ostatnich pierwotną przyczyną, która przy odpowiednich warunkach sprzyjających wywołuje powstawanie zakrzepu, jest zatrucie ustroju. Źródłem tego zatrucia jest w pierwszym rzędzie zakażenie, a dalej zaburzenia czynności narządów, jak wątroba, nerki, przewód pokarmowy. Działanie więc bakteryj, dalej jadów endo- lub egzogennych, obcego białka, drażniących substancyj chemicznych sprowadza zaburzenia w warunkach fizyko-chemicznych krwi, zwiększenie się ilości fibrynogenu i globulin we krwi, co daje — jak wyżej mówiliśmy — przy zwolnionym prądzie krwi, doskonałe warunki do sklejania się płytek i następowego powstawania zakrzepu.

Hugel i Delater przypisują wywołanie zakrzepowego zapalenia żył przedewszystkiem pałeczkom okrężnicy i enterokokom. Otóż zdaniem tych autorów spotykamy bardzo często w narządach rodnych kobiet, pozornie zupełnie zdrowych, drobne ogniska zakażenia wywołane przez bakterje, które dostały się tu drogą jelitową. One to powodują zakrzepowe zapalenia drobniutkich żył w ścianie macicy, niedające klinicznie żadnych objawów. Te drobne bezobjawowe zapalenia żył mogą w razie sprzyjających okoliczności, jak np. zabieg operacyjny, czy poród, dać doskonałe warunki do rozszerzenia się procesu zapalnego na żyły większe. Co do drogi, jaką dostają się owe enterokoki czy pał. okrężnicy do narządów rodnych, to autorowie ci twierdzą, że bardzo często przy nawykowych zaparciach, zwiększonych procesach w jelitach, dostają się one do dróg moczowych, a stąd może ulec zakażeniu pochwa i bezpośrednio macica.

Reasumując więc, czynnikami wywolującemi zakrzepowe zapalenie żył są wedle teorji infekcyjnej przedewszystkiem zakażenia i zatrucia jadami, często przebiegające bez jakichkolwiek objawów klinicznych, a które dopiero później, w razie sprzyjających warunków, mogą ujawnić się na zewnątrz pod postacią zakrzepowego zapalenia żył, dającego wyraźne objawy kliniczne, jak podwyższona ciepłota, bolesność kończyny wzdłuż przebiegu żyły, obrzęk i t. d. Zwolennicy teorji infekcyjnej dodają, że samo zakażenie nie wystarczy, że niezbędnym warunkiem jest tu dyspozycja ustroju pod postacią zmniejszonej odporności ściany żylnej, co jedni autorowie nazywają t. zw. „gotowością do zakrzepow", inni jak Hugel i Delater niedomogą żylną, która jest dziedziczną.

Dalszemi warunkami, ułatwiającemi powstanie zakrzepu jest zwolnienie prądu krwi i zmiany fizyko-chemiczne w niej zachodzące.

Druga teorja mechaniczna kładzie największy nacisk na zwolnienie prądu krwi. Przy zwolnionym bowiem prądzie krwi, strumień krwinek płynący w osi środkowej powoli maleje, a wzrasta natomiast na obwodzie, przez co powiększa się łatwość sklejania się ich ze sobą, jak też zetknięcia się ze ścianą naczyń i usadowienia się na niej. Słuszności tej teorji dowodzą w części statystyki (Jaschke), które wykazują częstsze powstawanie zakrzepów u osób starszych ze zmianami w krążeniu, wadami serca, płuc, kacheksją, u osób skrwawionych, z obniżonem ciśnieniem, a temsamem i zwolnieniem prądu krwi.

Zwolnienie prądu krwi miejscowe powodują również guzy w miednicy małej, jak włókniaki, torbiele i t. d. Dalej bezsprzeczny wpływ na zwolnienie prądu krwi wywierają te wszystkie czynniki, które wywołują spadek ciśnienia. Do nich więc będą należały operacje w jamie brzusznej, porażenia jelit pooperacyjne i narkoza inhalacyjna, osłabiająca czynność serca i płuc. Specjalnie w połogu istnieją warunki do powstawania zakrzepów w dolnych obszarach żył. Odpływ bowiem krwi z nich znajduje mechaniczne utrudnienie z powodu rozszerzenia i przepełnienia żył macicy i podbrzusza, co pociąga za sobą zwiększenie ciśnienia śródżylnego w żyłach udowych i uszkodzenie ich ściany skutkiem zaburzeń w odżywianiu *vasa vasorum*. Do tego dołącza się również leżenie w połogu, wpływające na zwolnienie prądu krwi. Dlatego też zwolennicy tej teorji kładą największy nacisk na przedoperacyjne wzmożenie akcji serca, a w czasie zabiegu unikanie mechanicznego uszkodzenia tkanek, miażdżenia naczyń, ułożenia długotrwałego w położeniu Trendelenburga i t. d. Polecają gimnastykę ruchową i oddechową, jakoteż i wczesne wstawanie po operacjach i w połogu. Dzięki tym zabiegom ilość tromboz miała się zmniejszyć do połowy.

Jednakowoż ani jednej, ani drugiej teorji nie można przypisać wyłącznego i bezpośredniego wpływu na powstanie zakrzepu.

Na podstawie bowiem obserwacji klinicznej i laboratoryjnej w etjologji zakrzepów odgrywają rolę trzy grupy czynników:

1) zwolnienie prądu krwi,
2) uszkodzenie naczyń,
3) zmiany fizyko-chemiczne we krwi.

Ad 1) Zwolnienie prądu krwi omówiliśmy już wyżej.

Ad 2) Dietrich widzi przyczynę powstawania zakrzepów w zaburzeniu równowagi między śródbłonkiem naczynia, który został uszkodzony przez jakiś czynnik mechaniczny czy zakaźny lub chemiczny, a elementami morfologicznemi krwi.

Wedle Binneta i Verne'go każda podnieta chemiczna, czy toksyczna, wywołująca obrażenie śródbłonka naczyniowego prowadzi nieuchronnie do powstania zakrzepu miejscowego. Oni to

---

[1]) Praca wygłoszona na Zieździe Ginekologów Polskich w Krakowie w czerwcu 1931 r.

wykonali doświadczenia polegające na tem, że do zdrowej żyły wstrzykiwali roztwór salicylanu sodu, który w stężeniu od 10—50% przeciwdziała krzepnięciu, a mimo to dostawali zakrzep. Po zastrzyku bowiem następowało bujanie i pęcznienie śródbłonka naczynia, komórki przybierały cechy komórek mezenchymalnych niezróżnicowanych i w tym czasie tworzył się zakrzep, który przerastał owe komórki mezenchymalne. Widać więc z tego, że podnieta do krzepnienia krwi wychodzi ze śródbłonka naczyń, gdyż sam salicylan sodu przeciwdziała raczej krzepnieniu.

Ad 3) Trzecim bardzo ważnym czynnikiem w powstawaniu zakrzepów są zmiany fizyko-chemiczne krwi. Otóż, jak już wyżej wspomnieliśmy, białko we krwi prawidłowej krąży pod postacią koloidów zjonizowanych i opatrzonych ładunkiem elektrycznym ujemnym. Inne elementy morfotyczne we krwi posiadają taki sam ładunek elektryczny ujemny, jest więc zachowana równowaga między niemi. Dowiedziono, że przy powstawaniu zakrzepowego zapalenia żył zjawiają się we krwi większe ilości globuliny i fibrynogen, które posiadają ładunek elektryczny słabszy, wówczas następuje zaburzenie równowagi, gdyż inne elementy morfotyczne, a przedewszystkiem płytki krwi tracą część swych ładunków, ich siła odpychająca słabnie — i stąd przeważa skłonność do zlepiania się ich.

Drugą bardzo ważną zmianą fizyko-chemiczną jest zmiana krzepliwości krwi, zachowanie się płytek krwi i czasu krwawienia.

Otóż autorowie tacy, jak Nürnberger, Kraul, Kiljan, Boshamer stwierdzili zgodnie, że czas krzepnienia skraca się po operacjach, jak i porodach przez pierwszych kilka dni, a potem staje się prawidłowy. Skrócenie czasu krzepliwości wynosi 1—3 minuty. Wedle Nürnbergera owo skrócenie się czasu krzepnienia trwa przez kilka pierwszych dni, a mianowicie 4 dni. Od czwartego dnia czas krzepnienia wraca powoli do wartości prawidłowych.

Nieco odmiennie przedstawia się zachowanie krzepnienia krwi, jeśli u danego osobnika ma wystąpić zapalenie żył zakrzepowe *(trombophlebitis)*. Tu skrócenie się czasu krzepnienia trwa znacznie dłużej, niż 4—5 dni, co ma być ważnym momentem diagnostycznym, gdyż prędzej, czy później rozwinie się w tym przypadku zapalenie ze wszystkiemi objawami klinicznemi, albo też krzepnienie zachowuje się w ten sposób, że wraca 4—5 dnia do normy, a w kilka dni potem nagle czas krzepnienia znowu się skraca, co również jest sygnałem, że u tego osobnika wystąpi zapalenie żył.

My również na naszym materjale w lecznicy przeprowadziliśmy badania w kierunku krzepliwości krwi, czasu krwawienia, zachowania się płytek i to zarówno po porodach samoistnych, czy operacyjnych, jak i po operacjach ginekologicznych.

Co do metody oznaczania czasu krzepnienia, to posługiwaliśmy się metodą Bürkera, polegającą na tem, że kroplę krwi, wziętą z palca miesza się z kroplą wody dystylowanej na szkiełku podstawowem i przez ową mieszaninę przeciąga się włosowaty pręcik szklany tak długo w przerwach półminutowych, aż wyciągniemy delikatne pod światło widziane nitki włóknika. Czas, w którym to uzyskamy, oznacza czas krzepnienia, który wedle tej metody prawidłowo wynosi 7—10 minut.

Płytki krwi obliczaliśmy metodą Fonio.

Krew do oznaczania krzepnienia pobieraliśmy zawsze przed porodem, czy zabiegiem operacyjnym celem stwierdzenia, jak się zachowuje krzepnienie u danego osobnika indywidualnie, a następnie pobieraliśmy i badaliśmy codziennie po porodzie, czy operacji, przez przeciąg kilku do kilkunastu dni.

Badania nasze wykazały ponad wszelką wątpliwość, że czas krzepnienia obniża się, to znaczy skraca się conajmniej o 1—2 minuty przez przeciąg pierwszych 4—6 dni, a następnie staje się prawidłowym. Co do zachowania się płytek, to ilość ich ma się odwrotnie proporcjonalnie do do czasu krzepnienia, t. j. im czas krzepnienia jest krótszy, tem ilość ich jest większa i odwrotnie.

Pozwolimy sobie przytoczyć kilka liczb, które zilustrują nam owe wyniki.

Pierwiastka, poród siłami natury.

	Czas krzepnienia minut:	Czas krwawienia minut:	Ilość płytek:
Przed porodem	7	2½	218.000
1 dzień po porodzie	5½	1	361.450
2 dzień po porodzie	5	1	372.800
3 dzień po porodzie	5¼	1½	360.200
4 dzień po porodzie	6	2	330.000
5 dzień po porodzie	7	2½	224.000

Następne 3 dni tak samo. 8-go dnia pacjentka opuściła lecznicę.

Po zabiegu operacyjnym (laparotomja) z powodu *cystis ovarialis sinistra. (Adnexotomja sinistra)*:

	Czas krzepnienia minut:	Czas krwawienia minut:	Ilość płytek:
Przed operacją	7	3½	174.280
1 dzień po operacji	6	3	185.200
2 dzień po operacji	4	1½	245.300
3 dzień po operacji	4½	2	244.540
4 dzień po operacji	6	3¼	194.000
5 dzień po operacji	7	3¼	177.320

Następne dni tak samo.

Jak widzimy z powyższych tabel czas krzepnięcia po operacji lub porodzie skraca się przez pierwszych 4—6 dni i następnie staje się prawidłowym.

Największe skrócenie czasu krzepnienia przypada na 2–3 dzień.

Zanim przystąpimy do omawiania zachowania się krwi w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył i w związku z tem leczniczego stosowania pijawek, omówimy dotychczasowe usiłowania profilaktyki i leczenia zakrzepów.

Co do profilaktyki, to czyniono tu cały szereg prób, które jednakowoż nie prowadziły do wyników dodatnich. I tak London, Budde, Kürten podwiązywali u zwierząt przed operacją żyłę śledzionową i przecinali ją w dwu miejscach celem wywołania sztucznego zakrzepu i niejako uodpornienia przedoperacyjnego zwierzęcia. Wyniki jednak nie były dobre, a Haberland nawet doszedł do wyników wprost ujemnych.

Nürnberger na 7—10 dni przed operacją przy mięśniaku podwiązywał *v. mediana cubiti*, ale nie uzyskał zmniejszenia zakrzepów pooperacyjnych.

Następnie cały szereg środków chemicznych podawanych dożylnie, czy podskórnie nie zmniejsza krzepliwości krwi, a jeżeli już zmniejsza, to dawka potrzebna do otrzymania tego jest już wysoce toksyczna, atakująca przedewszystkiem centralny system nerwowy.

Do owych środków chemicznych należą:

1) *Natrium citricum* w 2,5% roztworze dożylnie;
2) *Zincum sulphur.* ½% dożylnie;
3) Hirudyna, nowirudyna i t. d.

Tak samo aolan, jak i autohemoterapja nie przedłużają krzepliwości krwi.

Amerykański preparat „Heparyna" stosowana dożylnie w fizjologicznym roztworze soli kuchennej przedłuża krzepliwość, a nawet znosi ją, jednak niema jej w handlu w Europie i nie można jej było wypróbować.

Opierając się na czynnikach etjologicznych prowadzących do zakrzepów, wyciągniemy praktyczne wnioski co do postępowania profilaktycznego. Przedewszystkiem będziemy unikali zwolnienia prądu krwi, a więc dbali o prawidłową funkcję mięśnia sercowego, podając przed zabiegiem operacyjnym środki nasercowe. Dalej zwrócimy uwagę na narząd oddechowy, a więc będziemy unikać eteru, zalecimy wysokie ułożenie chorej po operacji. Celem przyśpieszenia obiegu krwi radzą niektórzy autorowie, jak Jaschke, wczesne wstawanie po porodzie lub operacji, już nawet następnego dnia. Wedle tej metody ilość zakrzepów spadła do 1/5, a zatorów do 1/6.

Zangenmeister i Walhard polecają tylko ruchy bierne (mięsienie 4 razy dziennie) i czynne, a więc obracanie się, częsta zmiana pozycji, oraz głębokie oddychanie co 5 do 10 minut.

Jak widzimy, wszyscy autorowie główny nacisk w profilaktyce zakrzepów kładą na prawidłową funkcję serca i płuc oraz wydatne ruchy mięśniowe ułatwiające krążenie.

Jeśli chodzi o leczenie zakrzepów już istniejących, to polega ono na leczeniu czysto symptomatycznem, a więc unieruchomieniu danej kończyny, okładach z lodu i octanu glinowego, podawaniu aspiryny i t. d. Trwa to bardzo długo i jest przykre i uciążliwe dla chorej. Podwiązywanie zaś żył ma swoje uzasadnienie tylko w przypadkach zakrzepów pyemicznych.

W ostatnich czasach przypomniano sobie stary sposób lecznicy, t. j. stawianie pijawek. Już Haycraft wykazał, że wyciąg z pyszczka pijawek zapobiega krzepnieniu krwi *in vitro*. Termier, chirurg francuski, pierwszy zastosował leczenie zakrzepów pijawkami i w 75 przypadkach uzyskał bardzo dobre wyniki, gdyż czas leczenia skrócił do kilku lub kilkunastu dni.

Na ostatnim Zjeździe Chirurgów w Paryżu sposób ten leczenia pijawkami uzyskał ogólną aprobatę.

Również autorowie niemieccy jak Sulger, Bozsin. Thoklen uzyskali dobre wyniki. Stosowali oni dwukrotnie 1—2 pijawek w odstępach 1—2 dniowych.

Wobec tego zaczęliśmy od 2 lat w naszej lecznicy stosować leczenie zakrzepowego zapalenia żył pijawkami i badanie zachowania się krzepliwości krwi, czasu krwawienia, zachowania się płytek po postawieniu pijawek.

Przykładaliśmy na miejsce chore najbardziej bolesne 2—4 pijawki jednorazowo, na przeciąg $^{1}/_{2}$—1 godziny. Zabieg ten powtarzamy 2—4-krotnie w odstępach 2—3 dniowych, zależnie od nasilenia i postępu procesu chorobowego.

Jeśli chodzi o stronę techniczną, to postępujemy w następujący sposób: skórę w miejscu, w którem chcemy przyłożyć pijawki zmywamy eterem, a następnie wodą dystylowaną, gdyż pijawki nie znoszą eteru i przykładamy w bańce szklanej pijawkę. Zwykle po jednej godzinie pijawki albo same odpadają, albo je odrywamy. Rankę od ukąszenia jodynujemy, poczem zakładamy opatrunek uciskowy i lód, gdyż ranka owa po odstawieniu pijawek jeszcze długi czas krwawi.

Z wyników leczenia zakrzepów pijawkami jesteśmy zadowoleni, są one naprawdę uderzające. Podczas gdy chora taka leczona tylko symptomatycznie skazaną była na nieruchome leżenie w łóżku przez przeciąg przynajmniej 4—6 tygodni, to obecnie czas trwania procesu chorobowego skraca się przy zakrzepach po operacjach ginekologicznych do 9-ciu, a maximum do 12 dni, a po porodach samoistnych, czy operacyjnych do 3—7 dni.

Szczegółowe wyniki były ogłoszone w pracy poprzedniej p. t. „Przyczyny i leczenie zakrzepów pooperacyjnych i połogowych" w Polskiej Gazecie Lekarskiej z r. 1930, Nr. 37.

A teraz omówimy, jak się zachowuje czas krzepnienia, krwawienia tudzież płytki w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył i w związku z tem stosowanemi pijawkami. Postaramy się to zilustrować na przykładach:

Pacjentka operowana z powodu obustronnej torbieli intraligamentarnej, wychodzącej z obu jajników. Wykonano *extirpatio uteri totalis per laparotomiam.*

	Czas krzepnienia minut:	Czas krwawienia minut:	Ilość płytek:
Przed operacją	$9^{1}/_{2}$	4	267.860
1 dzień po operacji	$8^{1}/_{2}$	$3^{3}/_{4}$	314.550
2 dzień po operacji	$7^{1}/_{2}$	$3^{1}/_{4}$	316.840
3 dzień po operacji	$7^{1}/_{2}$	$3^{1}/_{4}$	316.830
4 dzień po operacji	$8^{1}/_{2}$	$3^{3}/_{4}$	314.240
5 dzień po operacji	9	$3^{3}/_{4}$	258.320
6 dzień po operacji	7	3	340.200
7 dzień (pijawki)	7	3	340.200
			obi. zakrzepu
8 dzień (po pijawkach)	$9^{3}/_{4}$	5	268.320
9 dzień (po pijawkach)	9	$4^{3}/_{4}$	257.450
10 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	4	311.530
11 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	4	311.530
12 dzień (pijawki)	$8^{1}/_{2}$	$3^{3}/_{4}$	312.240
13 dzień (po pijawkach)	$9^{3}/_{4}$	$3^{3}/_{4}$	264.370
14 dzień (po pijawkach)	9	4	259.310
15 dzień (pijawki)	9	4	259.310
16 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	$3^{1}/_{4}$	245.000
17 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	$3^{1}/_{4}$	245.000
18 dzień (pijawki)	$8^{1}/_{2}$	$3^{3}/_{4}$	254.400
19 dzień (po pijawkach)	$9^{1}/_{2}$	4	267.330

Bolesność trzynastego dnia ustąpiła, obrzęk również, zaczęto masowanie kończyny; 15 dnia od czasu postawienia pijawek, chora już chodzi.

Proces chorobowy trwał więc 13 dni.

Jak z powyższej tabeli wynika, czas krzepnienia krwi był skrócony przez 4 dni, piątego dnia wrócił prawie do normy, szóstego dnia nagle czas krzepnienia się obniżył z 9-ciu do 7-miu minut, a więc różnica 2 minut i następnego dnia wystąpiły objawy zakrzepowego zapalenia żyły udowej.

Po postawieniu pijawek czas krzepnienia w 12 godzin przedłużył się z 7 minut do $9^{3}/_{4}$ min., a więc o 2 min. 45 sek. i przez następne 3 dni powoli się obniżał w sumie o 1 minutę. Wobec tej dążności do powtórnego obniżania się czasu krzepnienia, postawiono znowu pijawki i czas krzepnienia ponownie się przedłużył z $8^{1}/_{2}$ do $9^{3}/_{4}$ min. Dopiero po czwartem z rzędu postawieniu pijawek czas krzepnienia wrócił do czasu prawidłowego i na tym poziomie się utrzymywał. Wobec powyższego obrazu krwi pozwolono bez żadnej obawy wstać pacjentce 13 dnia od wystąpienia zakrzepu, mimo to, że istniał jeszcze lekki obrzęk w kostce.

Jak z tabeli wynika, płytki krwi zachowują się co do swej ilości odwrotnie proporcjonalnie do czasu krzepnienia.

Podobne zachowanie się krwi przedstawia nam następna tabela. U pacjentki tej wykonano *amputatio uteri supravaginalis* z powodu włókniaków macicy.

	Czas krzepnienia minut:	Czas krwawienia minut:	Ilość płytek:
Przed operacją	$8^{1}/_{2}$	3	315.100
1 dzień po operacji	7	2	340.000
2 dzień po operacji	7	2	340.000
3 dzień po operacji	$7^{3}/_{4}$	$2^{3}/_{4}$	320.000
4 dzień po operacji	$8^{1}/_{4}$	3	320.000
5 dzień po operacji	$8^{1}/_{4}$	3	320.000
6 dzień po operacji	$8^{1}/_{4}$	3	320.000
7 dzień (pijawki)	6	1	530.190
8 dzień (po pijawkach)	$7^{1}/_{2}$	$2^{1}/_{2}$	304.000
9 dzień (po pijawkach)	$7^{1}/_{2}$	$2^{1}/_{2}$	304.000
10 dzień (pijawki)	7	$2^{1}/_{2}$	312.000
11 dzień (po pijawkach)	$7^{3}/_{4}$	3	298.500
12 dzień (po pijawkach)	$7^{3}/_{4}$	3	298.500
13 dzień (po pijawkach)	$7^{3}/_{4}$	3	298.000
14 dzień krwi nie badano			
15 dzień (pijawki)	7	$2^{1}/_{4}$	314.000
16 dzień po operacji	8	3	312.700
17 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	3	313.400
18 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	3	313.000
			chora wstaje
19 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	3	314.400

W następnej tabeli przedstawimy obraz krwi w przypadku zakrzepowego zapelenia żyły udowej u wieloródki, której założono wysokie kleszcze Kiellanda.

	Czas krzepnienia minut:	Czas krwawienia minut:	Ilość płytek:
Przed porodem	$9^{3}/_{4}$	2	247.500
1 dzień po porodzie	8	$1^{3}/_{4}$	310.200
2 dzień po porodzie	$7^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{4}$	342.280
3 dzień po porodzie	8	$1^{3}/_{4}$	311.000
4 dzień po porodzie	9	2	256.000
5 dzień po porodzie	$9^{3}/_{4}$	2	250.000
6 dzień po porodzie	$9^{3}/_{4}$	2	250.000
7 dzień po porodzie	$7^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{4}$	351.150
8 dzień po porodzie	$7^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{4}$	351.150
9 dzień (pijawki)	$6^{1}/_{2}$	1	374.320
			obj. zakrzep.
10 dzień (po pijawkach)	$8^{1}/_{2}$	2	310.220
11 dzień (po pijawkach)	8	2	310.000
12 dzień (pijawki)	8	2	310.000
13 dzień (po pijawkach)	9	2	252.000
14 dzień (po pijawkach)	$9^{1}/_{2}$	2	250.200
15 dzień (po pijawkach)	$9^{3}/_{4}$	2	250.100
16 dzień (po pijawkach)	$9^{3}/_{4}$	2	250.100

Cały proces trwał więc 7 dni, a ósmego dnia pacjentka poszła do domu. Jak więc widzimy, w przypadkach zakrzepów po porodach proces przedstawia się zupełnie identycznie, z tą tylko różnicą, że sprawa chorobowa trwa krócej o kilka dni, niż po operacjach ginekologicznych. W związku ze stawianiem baniek po porodzie zauważyliśmy zawsze krwawienie z macicy, co zmuszało nas do stosowania preparatów sporyszowych.

Z powyższego okazuje się zatem, że pijawki bezwzględnie zmniejszają krzepliwość krwi w ustroju, ponieważ czas krzepnienia skraca się o 2—$2^{1}/_{2}$ minuty.

Zachodzi teraz pytanie, czy działanie pijawek polega jedynie na upuście krwi, jak to chcą niektórzy autorowie, a między innymi i Sulger, czy też mamy tu do działania z procesem chemicznym. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że działa tu hirudyna zawarta w pyszczkach pijawek, czego wymownym dowodem jest zmniejszenie się krzepliwości krwi, objawiające się w przedłużonym czasie krzepnienia i krwawienia. Dalszym poważnym argumentem, przemawiającym za chemicznem działaniem pijawek jest wyżej wspomniane krwawienie z macicy po pijawkach.

Tak samo krwawienie z ranki po ukąszeniu pijawki utrzymuje się nieraz 24 godzin i dłużej, a środki takie, jak uciskowy opatrunek i lód nie wiele pomagają. Dopiero zaaplikowanie sześciochlorku żelaza na rankę kładzie kres krwawieniu. Nie da się za-

przeczyć, że i sam upust krwi wywołany pijawkami nie jest bez znaczenia. Nie wiemy tylko jaki jest mechanizm działania owej hirudyny na krew. Fuld i Morawitz twierdzą, że krzepliwość zmniejsza się dzięki łączeniu się hirudyny z fermentem fibrynowym, lub też niedopuszczania do uwalniania się trombokinazy.

Nürnberger, Gragert, Nordman, Schumacher zgodnie stwierdzają, że zarówno po zabiegach operacyjnych, jak i u chorych z zakrzepem, występuje przyśpieszenie opadania krwinek. Ponieważ dotychczas nie mieliśmy w lecznicy aparatu do mierzenia opadania krwinek, przeto nie możemy sami nic o tem powiedzieć. Obecnie aparat ten znajduje się w naszem posiadaniu, będziemy mogli więc przeprowadzać owe badania na własnym materjale.

Jeśli chodzi o czas, kiedy ujawnia się klinicznie wystąpienie zakrzepu, to wypada on pod koniec pierwszego tygodnia po zabiegu operacyjnym, czy porodzie i przez cały drugi tydzień, choć może wystąpić i znacznie później. Najwyższa notowana granica dla zakrzepu jest 34 dzień, a dla zatoru 28 dzień.

Jeżeli pijawki zmniejszają krzepliwość krwi, to na podstawie czysto teoretycznych rozważań może zajść pytanie, czy przez to nie zachodzi zwiększone niebezpieczeństwo zatoru *(embolia)* lub zawału *(infarctus)*. Pytanie to jednak zdaje się nie mieć praktycznego znaczenia, gdyż dotychczas w literaturze nie spotkaliśmy się z przypadkami zatoru lub zawału w związku z postawieniem pijawek, a po drugie ferment z pyszczków pijawek nie działa rozpuszczająco na istniejący już zakrzep. My mieliśmy jeden przypadek wystąpienia zawału w płucu lewem po postawieniu pijawek, u wieloródki po porodzie operacyjnym, u której toczył się proces obustronnego zakrzepowego zapalenia żył udowych. Nie mamy jednak żadnych danych na to, czy i bez postawienia pijawek nie wystąpiłby tu zawał. W każdym razie przypadek ów nakazuje nam mimo wszystko zachowanie pewnej ostrożności w stawianiu zbyt dużej ilości pijawek i w zbyt krótkich odstępach czasu.

W przypadkach naszych bezsprzecznie dowiedliśmy istoty działania leczniczego hirudyny w zakrzepach, polegającego na zmianach fizyko-chemicznych we krwi, to znaczy wykazania przedłużenia się czasu krzepnienia czyli zmniejszenia się krzepliwości i ilości płytek po postawieniu pijawek.

Badania powyższe były bardzo mozolne, gdyż badając co godzinę krew, uchwycono dopiero czas, w którym zmiany te występują najwyraźniej t. j. najcharakterystyczniejsze są one po upływie 18 do 24 godzin po postawieniu pijawek.

Do tej pory badania w tym kierunku przeprowadzili na sobie dwaj autorowie niemieccy Sulger i Bozsin i nie wykazali żadnych zmian fizyko-chemicznych we krwi po postawieniu pijawek. Praca nasza jest więc pierwszą, która wykazuje niezbicie istnienie zmian fizyko-chemicznych we krwi po postawieniu pijawek na dość znacznym materjale zakrzepów (30 przyp.).

Wyniki nasze poparte dokładnemi badaniami krwi może zachęcą ogół lekarzy do szerszego stosowania pijawek w przypadkach zakrzepów, tembardziej, że sposób powyższy nie kryje w sobie żadnego niebezpieczeństwa. Z tego też powodu może odegrać wybitną rolę w profilaktyce.

Wykazawszy bowiem ponad normę utrzymujące się zmiany fizyko-chemiczne krwi po porodach i operacjach, możemy przez wczesne postawienie pijawek zapobiec grożącemu zakrzepowemu zapaleniu żył.

Piśmiennictwo:

„Polska Gazeta Lekarska" Nr. 37, z r. 1930, R. IX. Seidler: „Przyczyny i leczenie zakrzepów połogowych i pooperacyjnych".

Dr. med. G. GELMAN. Wilno.

Choroba Gaucher'a. (Splenomegalja typu Gaucher'a) [1].

Z laborat. M. Szpitala Żydowskiego w Wilnie
Kierownik: Dr. med. G. Gelman.

O chorobie Gaucher (Ch.-G.), opisanej jeszcze w roku 1882, istnieją dość liczne prace francuskich, anglo-amerykańskich oraz niemieckich autorów.

W piśmiennictwie polskiem są tylko dwa opisy tej choroby. Po raz pierwszy opisali ją w r. 1925 prof. Latkowski i Dr. Siedlecki (w Krakowie). Druga praca prof. Renckiego (Lwów) ukazała się w r. 1927. Wobec tego, każdy nowy opis tej jednostki chorobowej zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość jej występowania oraz na trudności rozpoznawcze.

Otóż chory D. J., lat 35, rolnik, kawaler, wyznania rzymsko-katol., został przyjęty do oddziału chirurgicznego naszego szpitala dnia 21 stycznia 1930 r. z powodu złamania kości udowej *(fractura femoris)*. Złamanie to zdarzyło się niedawno, przyczyna zaś jego była nieznana: czy złamanie było samorzutne, czy też zostało wywołane jakimkolwiek wypadkiem. W wywiadzie podano, że kilka (6) lat temu chory się leczył w szpitalu na zimnicę.

Stan obecny: Chory wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany, nieco chudy. W budowie ciała żadnych uchyleń od normy nie widać. Skóra zielonkawo-żółtej barwy, tak samo i spojówki gałek ocznych*(pingueculae)*. Śluzówki blade. Gruczoły chłonne obwodowe (zewnętrzne) niepowiększone. Narządy wewnętrzne też żadnych zmian patologicznych nie wykazują. Jedynie stwierdza się śledzionę olbrzymich rozmiarów, której granice sięgają niżej pępka i dochodzą do małej miednicy. Owa śledziona jest dość twarda przy ucisku, na powierzchni nie wyczuwa się żadnych guzów albo innych nierówności; tylko w jednem miejscu (na linji obojczykowo-śledzionowej) wyczuwa się dwa od siebie oddzielone płaty.

Wątroba też nieco powiększona.

Podczas pobytu chorego w szpitalu ciepłota wahała się między 37—38° i kilkakrotnie dochodziła do 39°. Chory zmarł 10 marca 1930 r. wskutek zapalenia płuc *(pn. catarrhalis)*.

Badanie krwi morfolog.: Hb (w. Sahliego) = 46%; C. czerw. 2,820.000, C. biał. 1600 (powtórne badanie dało — 1900). Wsk. zab. — 0,82.

Wzór Schillinga:

Eoz.	Mł.	Pałeczk.	Segm.	Limf.	Monocyty
0	0	11	64	18	7

Tu i ówdzie polichromatofile. Anizo-, poikilo-cytozy oraz form patologicznych nie stwierdzono. Pasorzytów zimnicy nie wykryto, mimo częstych i dokładnych poszukiwań.

Badanie krwi na odczyny kiłowe (odczyn. Wassermana, „MTR" i „Kahn-Test", przeprowadzane kilkakrotnie, dały wynik ujemny.

Ponieważ skóra chorego była barwy zielonkawej, zbadałem także krew na bilirubinę (jakościowo i ilościowo). Odczyn Hjimans van d. Bergh'a bezpośredni, dał wynik ujemny. Ilość bilirubiny we krwi = 10—12 jednostek.

Badanie moczu dało: białko — ślad; cukier — nieobecny; urobilinogen — ślad nieznaczny. W osadzie wałeczków nie znaleziono; czerwonych ciałek 2—3—5 w polu widzenia (przy kilkakrotnem badaniu).

Przewlekły stan choroby przemawia przeciwko chorobom o charakterze złośliwym (mięsak, ziarniniak złośliwy i t. p.) oraz zaczopowaniu żyły śledzionowej. Również nie było dosyć klinicznych danych dla rozpoznawania choroby Bantiego (śledziona była za duża, wątroba bardzo mało powiększona, nie było puchliny). Badanie krwi pozwala wykluczyć białaczkę, niedokrwistość hemolityczną oraz czerwienicę. Ujemny wynik odczynu Wassermanna i innych prób przemawiał przeciwko kile. Ponieważ u chorego nie znaleziono żadnych zmian gruźliczych ani w płucach, ani w gruczołach chłonnych, nie było więc podstaw dla rozpoznania gruźlicy śledziony. Tak samo mało było danych dla rozpoznania choroby Gaucher. Najprawdopodobniejszem było rozpoznanie „zimnica przewlekła" tembardziej, że chory nasz jeszcze 6 lat temu był w szpitalu z powodu tej choroby.

Jak powiedziano wyżej, chory zmarł dnia 10 marca tegoż roku i z taką diagnozą byłby on pochowany, gdyby nie wpadło mi na myśl wydobyć śledzionę i zbadać ją histologicznie [1]). Rzeczywiście, chociaż rozpoznanie zimnicy przewlekłej było jakoby najprawdopodobniejszem, jednakże nie istniały do tego podstawy potwierdzone badaniem mikroskopowem: pasorzytów zimnicy nie wykryto.

Nie mogła także zadowolić nas koncepcja *„anaemia splenica"*, która, jak to stwierdzili Naegeli, Sternberg i inni, nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem objawów bez żadnej podstawy anatomicznej. Jednem słowem, tylko histologiczne badanie śledziony mogło dać podstawę dla prawidłowego rozpoznania, którego też tą drogą udało się dokonać.

Wycięta śledziona makroskopowo była ciastowata, olbrzymich rozmiarów; ciężar = 3.280 g (t. j. 20 razy większa, niż prawidłowa). Powierzchnia cięcia jest ciemno-czerwona; żadnych zmian na torebce nie widać.

---

[1]) Wygłoszone w Wileńskiem Tow. Lekarskiem dnia 20-go maja 1931.

[1]) Niestety w warunkach naszego szpitala nie można sobie pozwolić na dokładną autopsję (niema odpowiedniego lokalu, wody i t. d.).

Badanie mikroskopowe: Na preparacie, zabarwionym hematoksyliną i eozyną, widać prawie całe pole widzenia pokryte komórkami olbrzymiemi, okrągłemi, owalnemi, kostkowemi lub wielobocznemi. Komórki te (tak zwane komórki Gaucher'a = K. G.) robią wrażenie komórek napęczniałych. Zaródź, słabo zabarwiona na różowo, dość obfita, ma budowę siateczkowatą. Wodniczek oraz barwików nie widać. Jądra niewielkie, okrągłe, w liczbie nienormalnej (po 2—3—6 w komórce), umieszczone są różnie: to pośrodku, to na obwodzie zarodzi. K. G. przeważają w preparacie,

Tkanka limfatyczna.



Komórki Gaucher.

tak, że ciałka Malpighiego są w stanie zaniku uciskowego. Limfocytów mało; wogóle miąższ śledziony jakby nie istniał. Gdzieniegdzie można zauważyć naczynia krwionośne włoskowate, zawierające krwinki czerwone. Badanie mikrochemiczne [2]) preparatów na tłuszcz obojętny i lecytyny dało wynik ujemny. Natomiast w torebce znaleziono melaninę w niewielkiej ilości. W preparatach, zabarwionych metodą Mallory'ego można wykryć włókienka, odchodzące w różnych kierunkach od komórek. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z obrazem histologicznym śledziony, właściwym dla choroby Gaucher'a (= Ch. G.).

Cechy charakterystyczne choroby Gaucher'a.

Po raz pierwszy Gaucher opisał ją w r. 1882. Od tego czasu do r. 1927 (w ciągu 44 lat) opisano 41 pewnych przypadków tej choroby (39 w piśmiennictwie obcem i 2 w polskiem). Z tego wnioskuję, że Ch. G. zdarza się bardzo rzadko. Ciekawe jednakże są dane następujące: w ciągu pierwszych 36 lat (do r. 1919) opisano w piśmiennictwie obcem tylko 17 przypadków, a w ostatnich 7 latach 22 przypadki, to znaczy, że z biegiem czasu staje się częstszem rozpoznanie tej choroby; jeżeli więc w I. okresie czasu zdarzył się przeciętnie 1 przypadek na 2 lata, to w okresie drugim takich przypadków było 3 na rok, t. j. 6 razy więcej.

Choroba ta jest bardzo przewlekła *(ultrachronisch)*. Zaczyna się we wczesnem dzieciństwie, nawet u niemowląt 8—12 miesięcznych (Pick, Hampel i in.). Z punktu widzenia anatomji patologicznej proces chorobowy u dzieci ma taki sam charakter, jak u dorosłych. Pick podaje, że w śledzionie takich niemowląt liczba K.-G. względnie jest większa, niż u dorosłych, to znaczy, że na podstawie ilościowych zmian nie można wnioskować o okresie choroby.

Powiększona śledziona u takich chorych nie sprawia im żadnych dolegliwości i lekarz wykrywa ją tylko przypadkowo, podczas badania chorego z innego jakiegobądź powodu.

Wyżej powiedziano, że choroba ta może trwać bardzo długo. Gaucher podaje, że u jego chorej trwała ona nie mniej. niż 25 lat. Bovaird — 13 lat. U Schlangenhaufena jedna chora miała taką śledzionę — 13 lat, a druga (siostra jej) — 36 lat. Pick podaje 56 lat i t. d.

Chorzy umierają przeważnie wskutek innych chorób oraz powikłań: najczęściej gruźlicy, zapalenia przewodów żółciowych, krwotocznego zapalenia osierdzia i t. d. Jedna chora zmarła po splenektomji, a druga — prawdopodobnie na samą tę chorobę.

Morbus - G. jest chorobą rodzinną: jednocześnie choruje 2—3 członków tej samej rodziny; w przypadku Brill-Mandelbauma z 6 dzieci tej samej rodziny chorowało na Ch. G. — czworo. Schlangenhaufen opisuje tę chorobę u dwóch sióstr i t .d.

Z wszystkich opisanych przypadków w 13 (t. j. około 30%) zachorowanie to było rodzinne i to właśnie ułatwia rozpoznanie. W przypadkach sporadycznych (jak, naprzykład, w naszym) diagnoza jest trudna. Dotychczas nie ustalono, czy Ch.-G. jest dziedziczna i czy tu odgrywa pewną rolę usposobienie ustroju.

U dawnych autorów podano, jakoby kobiety chorowały znacznie częściej niż mężczyźni. I tak, w r. 1913 (Brill) z opisanych 16 przypadków było 14 kobiet i 2 mężczyzn (stos. 7 : 1). W roku zaś 1926 był stosunek taki: 25 kobiet, 14 mężczyzn, t. j. chorych kobiet było prawie 2 razy więcej, niż chorych mężczyzn, stosunek zaś dzieci do dorosłych wynosi 14 : 27, t. j. — połowa ogólnej liczby; z nich niemowląt było 3.

Z tej statystyki widać, że ta okoliczność nie może być p zyjętą pod uwagę przy rozpoznawaniu Ch. - G.

Z samej nazwy tej choroby: *„Splenomegalja typu Gaucher'a"* wynika, że kardynalnem objawem jej jest powiększona śledziona. Niektórzy autorzy (Eppinger) proponują nazwę *„Splenohepatomegalja"*. Ale to nie jest zupełnie słuszne, gdyż zdarzają się przypadki Ch. - G. bez powiększenia wątroby. Niżej podajemy wagę śledziony przy Ch. - G.

Gaucher	4.770 g
Eppinger	6.400 „
Bovaird	6.250 „
Brill-M. Liebman	5.280 „

i 8.100 g (największa waga!). U naszego chorego śledziona ważyła 3.280 g (norma 160 g).

U dzieci waga ta była znacznie mniejsza: u chłopczyka $4^1/_2$ l. waga śledziony wynosiła 490 g (Mandelbaum 1912), u drugiego chł. 4 l. i 11 m. 350 g (Frank-Evans, 1916) dziewczynka $12^1/_2$ l. 1850 g (Josselin), u drugiej dziewczynki 12 l. 6250 g (Bovaird 1900).

U niemowląt 12 mies. chł. 237 g (Pusca 1921), 12 mies. dziewcz. 70 g (Kraus 1921) u 8 mies. chł. 80 g (Nauwerk-Pick, 1922).

Z ostatnich przykładów u dzieci wynika, że mogą być bardzo wielkie wahania w wadze śledziony przy M. - G.

Prawie wszyscy autorzy podkreślają powiększenie *wątroby* przy Ch. - G.; ale u niektórych chorych takiego powiększenia nie znaleziono (Collier, Picou-Ramond, Miensil, 1924).

W naszym przypadku nie stwierdziliśmy znacznego powiększenia wątroby, ale, jak widać z powyższego wyniku badania krwi na bilirubinę — miąższ wątroby też był wciągnięty w sprawę chorobową.

Poważnym objawem tej choroby (w odróżnieniu jej od choroby Bantiego) jest brak puchliny brzusznej *(ascites)*, co się tłumaczy tem, że żyła wrotna oraz tętnica wątrobowa nie przyjmują udziału w sprawie chorobowej.

Histologiczne zmiany w Ch. - G. umiejscawiają się w torebce Glissona, gdzie też znajdują się liczne K. - G.

Różni autorzy podają więc następujące liczby ciężaru wątroby. Gaucher — 3.480 g, Schlangenhaufen — 3.000 g, Pick (1922) — 1.600 g, Brill-M.-Liebman — 4.800 g, (największa waga!). U dzieci — dziewczynki 13 l. — 2.380 g, (Bovaird) — też największa waga. Zwykle — 600—730 g. U niemowląt — 12 mies. — 390—240 g, u 8 mies. zaś wątroba wcale nie była powiększona (Nauwerk-Pick, 1922).

Jak widać z powyższego, także tu mogą być znaczne wahania w wadze. Węzły chłonne są powiększone i wykazują takie same zmiany histologiczne, jak i śledziona; przeważnie dotyczy to gruczołów wewnętrznych; natomiast gruczoły obwodowe (zewnętrzne) zwykle albo wcale nie są powiększone, albo w minimalnym stopniu; jednakże nie rzadko wykazują one charakterystyczne zmiany histologiczne, jak to było w przypadku prof. Latkowskiego i Siedleckiego (1925).

Z opisanych przypadków widać, że procesem chorobowym objęte są przeważnie gruczoły: pozaotrzewnowe, krezkowe i kołooskrzelowe, t. j. te gruczoły, które zwykle są dotknięte gruźlicą. *Szpik kostny* w Ch. - Gaucher'a jest także zmieniony histolo-

[2]) Badanie mikrochemiczne przeprowadzono w Zakładzie Histologji U. S. B. Składam też za nie serdeczne podziękowanie p. Doc. Bagińskiemu.

gicznie, co stwierdził po raz pierwszy Schlangenhaufen (1907), który wykrył liczne K.-G. w szpiku kostnym uda. To samo znaleźli także inni badacze i nietylko w tej kości, lecz jeszcze w innych (żebrach, kręgach i t. d.). W związku z tem opisano u wielu chorych złamania i zniekształcenia kości. Możliwie, że na tem samem tle nastąpiło złamanie nogi u naszego chorego. W roku 1924 Pick opisał postać chorobową z umiejscowieniem przeważnie w kościach. U takich chorych obok wyżej wymienionych objawów rzucają się w oczy zewnętrzne zniekształcenia kości.

Badanie krwi cytologiczne nie wykrywa nic poważnego z punktu widzenia rozpoznania tej choroby. Wyniki albo prawidłowe albo mamy niedokrwistość (wtórną) w większym lub mniejszym stopniu; u naszego chorego też stwierdziliśmy znaczną anemję i wybitną leukopenję (1.600 białych ciałek). Większa część badaczy podkreśla znaczną leukopenję w tych przypadkach. Schlangenhaufen podaje 1.300 b. c. i nawet 800 b. c. najmniejsza ilość b. c., którą wogóle znaleziono przy Ch.-G.). Bovaird znalazł u swojej chorej 9.000 b. c., potem 15.000 b. c., jednak jest to zjawisko wyjątkowe; możliwe, że w danym przypadku zachodziło jeszcze inne jednocześnie przebiegające schorzenie, które daje leukocytozę.

Skóra jest barwy bardzo charakterystycznej; niektórzy określają ją, jako bronzowo-żółtą, drudzy — jako zielonawo-żółtą z odcieniem brunatnym (*„gelblich braun“* — *„dunkel-subikterisch“* Pick). Latkowski i Siedlecki oraz Rencki opisują u swoich chorych nader charakterystyczne żółtawo-brunatne plamy na twarzy i na przedramionach, oraz tak zw. *„pingueculae“*. Skóra u naszego chorego miała zabarwienie charakterystyczne dla żółtaczki o średniem nasileniu. Tak samo białkówki gałek ocznych były barwy żółtawej.

Co się tyczy podskórnych krwotoków, opisanych przez innych badaczy, to nie mogliśmy tego stwierdzić w naszym przypadku. Tak samo nie było w nim żadnych krwotoków z nosa lub z jamy ustnej oraz skarg podmiotowych, jak to bywa u takich chorych (bóle w lewem podżebrzu z powodu stanu zapalnego torebki śledziony).

Streszczając symptomatologję Ch. G. można powiedzieć, że najważniejszemi objawami są: olbrzymia śledziona i w większości przypadków powiększona wątroba, potem nader przewlekły przebieg i jej rodzinny charakter. Wreszcie znaczenie rozpoznawcze ma także zabarwienie skóry i plamy, o czem mówiono wyżej. Jednakże rozpoznanie tej choroby nastręcza znaczne trudności i najczęściej zostaje ona rozpoznana jako inna choroba.

Pick proponuje, jako środek pomocniczy w rozpoznaniu tej choroby, skorzystać z nakłucia śledziony, lub szpiku kostnego. W świeżym preparacie z wydobytej miazgi można stwierdzić liczne K. G. Dzięki tej metodzie udało się prof. Renckiemu rozpoznać chorobę za życia chorego. Natomiast wycięcie próbne gruczołów chłonnych, zdaniem Picka, nie dawało pod tym względem żadnych wyników. Zdanie to nie jest zupełnie słuszne, gdyż w przypadku prof. Latkowskiego i Siedleckiego takie próbne wycięcie dało wynik dodatni.

Rozpoznanie różniczkowe omówione było wyżej dość szczegółowo; pozwalamy sobie tutaj jeszcze przytoczyć uwagi następujące.

1. Splenomegalja typu Pick-Niemanna ma taką samą podstawę anatomiczną (t. j. K. G.), jak i Ch.-G., ale nietylko w tych samych narządach, lecz także gruczołach chłonnych zewnętrznych, grasicy i w nadnerczach. Choroba Niemanna także jest chorobą pierwotną, na tle konstytucjonalnem, wrodzoną i rodzinną, jednakże od Ch. G. różni się nader szybkiem przebiegiem po 1—2 roku życia dziecko umiera z wycieńczenia. Bardzo rzadko zachodzą także przypadki przewlekłe.

2. Nic wspólnego z Ch. G. nie ma ani splenomegalja w cukrzycy (Schultze) wskutek lipemji, ani tak zw. *„Xanthelasma“* wskutek zaburzenia w przemianie materji.

Istota Ch. G. z punktu widzenia anatomji patologicznej (histjogeneza).

Nie ulega wątpliwości, że istota tej choroby polega na obecności licznych olbrzymich komórek w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i gruczołach chłonnych.

Co to za komórki, jakiego są one pochodzenia?

Już sam Gaucher starał się dać odpowiedź na to pytanie. Tytuł jego pracy (1882) jest następujący: *„de l'épithéliome primitif de la rate. Hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie“*. To znaczy, że on uważa ten przerost śledziony za nabłoniak dobrotliwy i miejscowy *(isole)*, bez przerzutu. Prawda, w pracy swojej podaje on, że mamy tutaj do czynienia z przerostem *„des éléments conjunctifs de l'organe“*, t. j. genezy łącznotkankowej.

Tegoż zdania są Picou-Ramond. Bovaird widzi w tem schorzeniu przerost tkanki śródbłonkowej i dodaje, że ogniska w wątrobie i węzłach chłonnych nie są przerzutami, lecz powstały na miejscu. Cornil pierwszy ustalił prawidłowo, że tu zachodzi „proliferacja“ tkanki siateczkowej. W reszcie Schlangenhaufen (1907) na podstawie swoich dokładnych badań wnioskuje, że Ch. G. jest schorzeniem całego układu narządów limfatycznych oraz krwiotwórczym, przy którem mamy „proliferację“ tkanki siateczkowej (teoja Cornila) i przechodzenie tej tkanki w K. G. wszędzie tam, gdzie tylko znajduje się ta tkanka siateczkowa. O przerzutach nie może być mowy. Ta podstawowa teorja Schlangenhaufena została popartą dalszemi dowodami przez następnych licznych badaczy (Josselin, Pick, Risel i inni). Pick w swojej gruntownej pracy (rok 1926) uzupełnił tę teorję Schlangenhaufena, dodając, że zachodzi tu *„Histyocytenerkrankung mit elektiver Beteilung bestimmter Histyocytenformen, vorwiegend der Reticulumzellen, in zweiter Linie von Clasmatocyten, unter Ausschluss der Endothelien“*.

Oznacza to więc, że tkanka siateczkowa napewne bierze udział w tej sprawie chorobowej; tak samo klazmatocyty (Ranvier), które znajdują się przeważnie naokoło naczyń krwionośnych *(adventitia, periadventitia)* wśród tkanki łącznej, dokąd dostają się one z naczyń krwionośnych z obiegiem krwi w końcu swego wędrowania.

Co się tyczy komórek śródbłonkowych, to udziału w tej sprawie jeszcze nie stwierdzono. Wyżej wymienione elementy tkankowe są składnikami tak zw. „układu siateczkowo-śródbłonkowego“ U. S. Ś.). Jak wiadomo, Aschhoff i jego współpracownicy (Landau, Kyjono i inni) w roku 1913 stwierdzili w ustroju ludzkim (i zwierzęcym) obecność t. zw. U. S. Ś., w skład którego wchodzą liczne komórki, rozrzucone w rozmaitych narządach, lecz mające jedne i te same czynności, fizjologiczne oraz patologiczne. Są to komórki siateczkowe miąższu śledziony i tkanki chłonnej, komórki grasicy, komórki gwiaździste Browicz-Kupfera, klazmatocyty, histjocyty i inne. Wszystkie te komórki mają ogólne własności żerności — fagocytozy — gromadzenia ciał obcych (mianowicie barwików karminu), tłuszczu, ciał tłuszczowatych, żelaza i innych elektroujemnych ciał nieorganicznych i organicznych, oraz mają zdolność odrywania się od podłoża i wędrowania (histjocyty, monocyty).

Według Aschoffa U. S. Ś. — jest narządem przemiany materji, zwłaszcza białkowej i tłuszczowej. Układ ten bierze udział w procesach zapalnych i ma znaczenie w zakażeniu ustroju, wytwarzając ciała ochronne. W ostatnich czasach pojawiły się liczne spostrzeżenia kliniczne, dotyczące zmian tego układu. Takim schorzeniem U. S. Ś. — bardzo wybitnem i typowem jest Ch. G. Komórki Gauchera są niczem innem, jak napęczniałemi komórkami tkanki siateczkowej i klazmatocytów.

Zachodzi dalej pytanie, co to jest za substancja (Substancja Gaucher — S. G.), którą te komórki wchłonęły i nagromadziły.

Wiadomo, że śledziona w prawidłowych warunkach prawie nie zawiera tłuszczu, ani ciał tłuszczowych (lipoidów), lecz w razie nagromadzenia tych ciał we krwi stwierdzamy je wtórnie w ilości powiększonej, względnie w ilości znacznej w komórkach śledziony (Poschariski-Eppinger). Wobec tego Schultze twierdzi, że w Ch. G. zachodzi przerost komórek lipoidowych, tak samo, jak w cukrzycy, wskutek lipemji. Tego samego zdania są Eppinger i Anitschkow. Pierwszy badacz znalazł u jednej chorej znaczną ilość cholesteryny we krwi. Drugi zaś (Anitschkow), karmiąc króliki cholesteryną, po pewnym czasie znalazł w ich śledzionie liczne komórki olbrzymie, zupełnie podobne do K. G. i zawierające znaczną ilość cholesteryny. Ale te ciekawe wyniki nie wyświetlają zajmującego nas zagadnienia.

Znacznie większe znaczenie mają w danym przypadku bezpośrednie badania chemiczne tkanek śledziony, przeprowadzone przez Epsztejna i Lieba. Otóż badacze ci stwierdzili, że K. G. zawierają substancję białkową mianowicie kerazynę z grupy „cerebrozydów“. Substancja ta jest absolutnie obojętna tak pod względem chemicznym, jak optycznym, t. j. nie podlega ona żadnym znanym nam mikrochemicznym odczynom i w świetle polaryzacyjnem nie wykazuje żadnych cech optycznych (krzyżów, skręcenia płaszczyzny polaryzacji i t. d.). Możliwa jest nieznaczna domieszka fosfatydów.

Ta substancja jest prawdopodobnie stałą i nie zmienia się jakościowo (w swojej budowie chemicznej). Ilościowo wynosi ona według tych autorów, około 3% suchej pozostałości.

Sustancja Gauchera jest widocznie pochodzenia wewnętrznego, wskutek zaburzenia w białkowej przemianie materji w U. S. Ś.

Co się tyczy *etjologji* Ch. G., to dotychczas jest ona niewyjaśniona. Schlangehaufen i inni badacze uważają ją za chorobę wtórną, która się rozwija na tle gruźliczem. Za tem przemawiają fakty, że u niektórych chorych stwierdzono jednocześnie gruźlicę (kości, gruczołów chłonnych i innych narządów). Statystyka wykazuje, że na 39 przypadków stwierdzono u siedmiu chorych jednocześnie różne postacie gruźlicy. Jednakże biorąc pod uwagę z jednej strony, fakt wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy, z drugiej to, że Ch. G. jest naogół bardzo rzadka, należy (raczej) przypuścić przypadkowe równoczesne zapadanie na tę chorobę i myśleć o innej nieznanej nam etjologji Ch. G.

Na podstawie wyżej powiedzianego można więc określić Ch. G. z punktu widzenia anatomji i fizjologji patologicznej, jako wrodzone, pierwotne zaburzenie w przemianie materji (mianowicie białka) U. S. Ś. na tle konstytucjonalnem, przyczem czynnik chorobotwórczy jest jeszcze nieznany.

Żadnego leczenia Ch. G. nie wymaga po 1) dlatego, że sama przez się nie sprawia chorym żadnej dolegliwości, po 2) leczenie ogólne oraz promieniami Roentgena jest bez skutku, „leczenie zaś chirurgiczne (wycięcie śledziony) nie prowadzi do celu, gdyż reszta U. S. Ś. zaczyna pracować zastępczo" (prof. Latkowski p. 900). Tak samo i prof. Rencki sądzi, że „nie należy się spodziewać osiągnięcia tą drogą trwalszego wyniku leczniczego", gdyż zachodzi tu zachorowanie nietylko śledziony, lecz całego U. S. Ś., którego poszczególne części są porozrzucane w różnych narządach. Prof. Rencki (p. 860) na postawie piśmiennictwa podaje następujące wyniki splenektomji.

„Z 18 przypadków w 3-ch brak informacji otrzymanych wyników; jeden zmarł bezpośrednio po operacji; reszta — 14 — przebyło zabieg dobrze. Z tych jednak większość zginęła po kilku miesiącach, jeden po 2-ch latach; w trzech zaś wynik osiągnięty miał być pomyślny; znikły krwawienia z dziąseł, poprawił się bardzo znacznie obraz krwi, zmniejszył się obrzęk wątroby (Kraus).

W przypadku Mandelbauma wynik też był dobry.

Splenektomję poleca się tylko w przypadkach ciężkich, które sprawiają choremu duże dolegliwości, albo grożą jego życiu wskutek znacznych krwotoków.

Na zakończenie niech mi będzie wolno złożyć wyrazy podziękowania p. Prof. K. Opoczyńskiemu, za wielokrotne udzielanie mi rad i wskazówek przy wykonywaniu tej pracy oraz badanie histologiczne śledziony.

Piśmiennictwo.

Najdokładniej podana w pracy L. Picka: *„Morbus Gaucher"* Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderkr. Tom 29 (1926 r.). Oprócz tego p.:

1) Eppinger: Die hepatolienalen Erkrankungen. 1920. — 2) Epstein E.: Virchovs Archiv. Tom 252 H 2,3. — 3) Epstein: Med. Klinik 1924 Nr. 48 p. 2194. — 4) Hamperl: Virch. Arch. T. 271 p. 147. — 5) Josselin de Jong R.: Zieglers Beiträge Tom 69 p. 185. — 6) Josselin de Jong R., i van Heukelom I. S.: Ziegl. Beitr. T. 48 p. 598. — 7) Idem: Ziegl. Beitr. T. 158 p. 598. — 8) Latkowski i Siedlecki: Nowiny Lek. 1925 (Rocznik XXXIII) N. 22. — 9) Lutz W.: Ziegl. Beitr. T. 58 p. 273. — 10) Risel.: Ziegl. Beitr. T. 46 p. 241 — 295. — 11) Rencki R.: Polska Gazeta Lek. 1927 Nr. 43 p. 857. — 12) Schlangenhaufen F.: Virch. Arch. T. 187, p. 125. — 13) Stuber: Klinische Physiologie.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. L. MILLER. Kalisz.

O etjologji i patogenezie surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej.

Dotychczasowe zapatrywania na etjologję surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej opierały się na poglądzie o pierwszorzędnem znaczeniu drobnoustrojów dla powstawania i rozwoju każdego zapalenia. Uważano do niedawna, że wystąpienie surowiczo-włóknikowego wysięku opłucnej jest w każdym wypadku ściśle związane z zarazkami, których działanie powodować miało uszkodzenie śródbłonka opłucnej z następowym odczynem zapalnym w postaci przekrwienia i wysięku, zależnych wyłącznie od ilości i jadowitości zarazków. Roli innych czynników chorobotwórczych poza drobnoustrojami albo wogóle nie uznawano, albo przypisywano im znaczenie tylko drugorzędne. Z biegiem czasu przekonano się już jednak, że sprawa wystąpienia i rozwoju surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej nie może być ujętą z punktu widzenia wyłącznej zależności od ilości i jadowitości zarazków, lecz że przy jego powstawaniu odgrywają dominującą rolę ogólny stan ustroju, a przedewszystkiem zdolność opłucnej do reakcji po zadziałaniu rozmaitych bodźców wewnętrznych i zewnętrznych.

Znaczenie czynników pozadrobnoustrojowych dla surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej ujawnia się w częstości tego schorzenia w zależności od wieku i płci. U dzieci do 15-go roku życia schorzenie to jest rzadkie, gdyż wysięki opłucnej, występujące w tym okresie życia, mają przeważnie charakter ropny. Pomiędzy 16-ym a 45-ym rokiem życia, omawiane schorzenie występuje najczęściej, a u osobników powyżej lat 45-iu zdarza się rzadziej. Na podstawie jednak dość dużego materjału sekcyjnego, z którego wynika, że w 14,1% autopsyj osobników starczych stwierdza się wysięki w jamie opłucnej, dochodzi Schlesinger do wniosku, że surowiczo-włóknikowe wysięki opłucnej występują w starszym wieku częściej, niż bywają za życia rozpoznawane, co przypisać należy odmiennym ogólnym objawom klinicznym, cechującym to schorzenie u starców. Znaczenie płci dla surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej okazuje się ze statystyk niektórych autorów, wykazujących, że mężczyźni 2—3 razy częściej chorują niż kobiety, co prawdopodobnie zależy od silniejszego narażania się mężczyzn na szkodliwości zewnętrzne różnego rodzaju, które są związane z wykonywaniem zawodu, jak: przeziębienie, nadmierne wysiłki fizyczne i inne okoliczności, o których będzie poniżej mowa.

Przeważająca ilość przypadków surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej powstaje nie naskutek bezpośredniego zadziałania chorobotwórczych zarazków. Ich związek patogenetyczny z drobnoustrojami jest luźny i nie usprawiedliwia pierwszorzędnej roli, którą przypisywano tym ostatnim w powstawaniu tego schorzenia. Dotyczy to zarówno przypadków, powstających na tle gruźlicy, jako też przypadków, stosunkowo rzadszych, których istnienie jest związane z zarazkami niegruźliczemi. Szkole francuskiej w pierwszym rzędzie należy zawdzięczać, że znaczenie gruźlicy jako czynnika etjologicznego dla surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej zostało docenione. Podług Landouzy'ego przeszło 90% przypadków surowiczych wysięków opłucnej jest pochodzenia gruźliczego. Nowsi badacze przypisują gruźlicy odsetek nieco mniejszy, Häutemann tylko 75%. Należy jednak stwierdzić, że udowodnienie gruźliczego pochodzenia wysięków opłucnej jest niejednokrotnie dość uciążliwe z powodu trudności wykazywania prątków Kocha w wysiękach. Bruns i Ewig nadmieniają, że prawie nigdy nie zdołali wykazać prątków gruźliczych w preparacie mazanym, uzyskanym po odwirowaniu wysięku w próbówce zwyczajnych rozmiarów, a dodatnie wyniki otrzymywali dopiero po osadzeniu w wirownicy około 200 cm³ wysięku i dodatkowem zastosowaniu wobec osadu zabiegu antyforminowego Uhlenhutha. Pewniejsze wyniki dla wykazania gruźliczego pochodzenia wysięków można uzyskać przez zastosowanie odpowiednich pożywek. Buc'owi udało się zapomocą własnej metody wyhodować prątki Kocha w bardzo znacznym odsetku wysięków gruźliczych, lecz pomimo to uważać należy za najpewniejszy sposób dokonywanie szczepień na zwierzętach, które umożliwiają wykazanie gruźliczego pochodzenia w 65—85% zależnie od ilości zwierząt, zużytych każdorazowo do szczepienia.

Istnieją jednak przypadki surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej, w których żadną metodą nie można ujawnić ani prątków Kocha, ani żadnego innego zarazka. Są to przypadki t. zw. samorodnego (idjopatycznego) zapalenia opłucnej, które jednak przy dalszej obserwacji chorych mogą ujawnić w przeciągu następnych kilku lat swe pochodzenie gruźlicze, co podług Köstera ma miejsce w 30%, podług innych autorów w 50% tych przypadków we wieku od 15—45 lat. Oczywiście, że wystąpienie gruźlicy u osobnika, który przed niedawnym nawet czasem chorował na zapalenie opłucnej, nie świadczy bezwzględnie o gruźliczem pochodzeniu tego ostatniego. Częstość jednak wystąpienia w krótkim czasie obu schorzeń u tych samych osobników czyni prawdopodobną ich wspólną genezę. (Achard). Za gruźliczą genezę pewnych przypadków samorodnego zapalenia opłucnej przemawiają również ich niejednokrotne wystąpienia u osobników z otoczenia gruźliczego, jako też — lecz nie bez zastrzeżeń — obecność limfocytozy w wysiękach.

Okoliczność, że wykazanie prątków Kocha w gruźliczych wysiękach jest trudne z powodu stosunkowo szczupłych ilości zarazków, oraz że we wielu przypadkach tej samej genezy wogóle wykazać nie można zarazków chorobotwórczych, staje się zrozumiałą, gdy uwzględnimy patogenezę surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej. Doświadczenia Petersona wykazały, że po wprowadzeniu do jamy opłucnowej świnki morskiej znacznej dawki świeżych prątków Kocha zjawia się po 14 dniach tylko nieznaczna ilość wysięku w jamie opłucnej, a po 28—35 dniach zwierzę ginie z powodu uogólnionej gruźlicy. Jeżeli jednak przed tem wstrzyk-

nięciem zakazi się świnkę starym łagodnym szczepem prątków Kocha, wówczas po wtórnem zakażeniu opłucnej jadowitemi zarazkami powstaje inny obraz ogólny, a miejscowo występuje surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej. Z tych doświadczeń wynika, że surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej jest wyrazem nadwrażliwości uczuleniowej czyli alergji ustroju, spowodowanej uczuleniem, powstałem wskutek pierwotnego zakażenia. Pogląd ten potwierdzają również doświadczenia kliniczne, albowiem surowiczo-włóknikowe zapalenia opłucnej występują w drugim czyli wysiękowym okresie rozwoju gruźlicy podług klasyfikacji Rankego, który to okres cechuje wybitna gotowość zapalna tkanek. W okresie świeżo istniejącego pierwotnego ogniska Küssa i Gohna spostrzega się wprawdzie, analogicznie do drobnego wysięku przy pierwotnem zakażeniu jadowitemi zarazkami we wspomnianych doświadczeniach Petersona, współudział opłucnej w postaci nieznacznej ilości wysięku we worku opłucnowym względnie szparze międzypłatowej, lecz wysięki te są małe i klinicznie prawie nie do stwierdzenia. W t. zw. trzecim okresie podług Rankego, czyli przy odosobnionej gruźlicy narządów, występują surowiczo-włóknikowe zapalenia opłucnej stosunkowo rzadko, gdyż alergja tkanek, a w szczególności opłucnej jest mniejszą, aniżeli w drugim okresie. Wysięki w trzecim okresie są małe, podobnie jak w przebiegu pierwotnego ogniska i objawiają się tylko w postaci wypełnienia zatoki przeponowo-żebrowej podczas prześwietlenia bez wyraźnych objawów klinicznych. Tak samo rzadkiem jest gruźlicze zapalenie opłucnej u osobników starszych wiekiem z powodu względnie dużej odporności ich ustroju, powstałej po naturalnem odczuleniu w następstwie liczniejszych schorzeń gruźliczych i nieswoistych zakażeń dodatkowych.

Podług Neumanna, jest możliwem pojawienie się obfitego wysięku opłucnej jako objawu towarzyszącego pierwotnemu ognisku Küssa i Gohna. Na dowód tego wspomina on o swych spostrzeżeniach wysiękowego zapalenia opłucnej jako pierwszego objawu gruźlicy u osobników z otoczenia gruźliczego oraz przytacza zakomunikowane mu spostrzeżenia Hamburgera, który podczas wojny światowej stwierdził u pierwotnie wobec tuberkuliny zupełnie anergicznych żołnierzy pojawienie się odczynu na tuberkulinę po zetknięciu się ich z prątkującymi gruźlikami, poczem następnie u niektórych z nich wystąpiło surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej. Naszem zdaniem jednak Neumann tem nie dowiódł możliwości współistnienia surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej w klinicznem zrozumieniu tego pojęcia w przebiegu pierwotnego ogniska. Z przytoczonych bowiem własnych spostrzeżeń Neumanna nie wynika wcale, że w tych przypadkach rzeczywiście miało miejsce pierwotne ognisko Küssa i Gohna. O wiele bardziej prawdopodobnem wydaje się że wspomniani osobnicy z otoczenia gruźliczego mieli możność zakażenia się i zachorowania na gruźlicę we wcześniejszych okresach swego życia. Obecne zaś wystąpienie zapalenia opłucnej było manifestacją zapalenia około-ogniskowego z powodu ogniska w bliskości opłucnej, które powstało naskutek powtórnego zakażenia albo jakiegoś bodźca nieswoistego w związku z uczuleniem po pierwotnem przebytem schorzeniu. . Przytoczone spostrzeżenia Hamburgera również nie dowodzą słuszności poglądu Neumanna, albowiem rzekomo pierwotne ujawnienie się alergji wobec tuberkuliny nie nastąpiło w tych przypadkach równocześnie, lecz poprzedzało pojawienie się zapalenia opłucnej. Wobec tego należy przypuszczać, że dodatnie odczyny na tuberkulinę były następstwem rozwijającej się sprawy gruźliczej w płucach, która nie została klinicznie ujawniona, podczas gdy wystąpienie zapalenia opłucnej było, podobnie jak w poprzednich spostrzeżeniach, wyrazem drugiego okresu rozwoju gruźlicy podług Rankego.

Związek pomiędzy powstawaniem gruźliczego zapalenia opłucnej a alergją ujawnia się również w zachowaniu się śródskórnego odczynu na tuberkulinę. Przy wystąpieniu wysięku odczyn ten jest zazwyczaj bardzo wyraźny i zmniejsza się zwykle stopniowo z ustępowaniem objawów chorobowych. Podobnie stwierdza się nasilenie odczynu na tuberkulinę u osobników z odosobnioną gruźlicą płuc po zastosowaniu u nich odmy sztucznej (Bezançon), co usposabia do tak częstego wystąpienia wysięków w tych przypadkach. Także korzystny wpływ leczenia tuberkuliną wysięków opłucnej, który polega na swoistem odczuleniu ustroju w stosunku do jadów gruźliczych, świadczy wymownie o ścisłej zależności surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej od alergji. Zaznaczyć jednak należy, że nie zawsze jest wrażliwość skóry na tuberkulinę odzwierciedleniem wrażliwości opłucnej.

Wyrazem patomorfologicznym gotowości zapalnej ustroju podczas wysiękowego okresu rozwoju gruźlicy jest szybkie wystąpienie zapalenia okołoogniskowego o znacznem nasileniu w bezpośredniej okolicy ogniska gruźliczego. Przy gruźliczych schorzeniach płuc, gruczołów chłonnych i innych narządów, sąsiadujących bezpośrednio z opłucną, ta ostatnia bierze udział w reakcji około-ogniskowej w postaci wysiękowego zapalenia opłucnej. Surowiczy wysięk opłucnej jako zapalenie okołoogniskowe twarzyszy każdemu ognisku gruźliczemu w płucach bez względu na okres rozwoju, lecz w okresie wzmożonej alergji jego nasilenie jest największe. Sposób powstawania tych przypadków tłumaczy się bezpośredniem zadziałaniem na swoiście alergiczną tkankę jadów gruźliczych, powstałych przy rozpadzie zarazków albo też, co jest bardziej prawdopodobne, zapalenie okołoogniskowe powstaje pod wpływem mniej jadowitych odmian prątka Kocha, które są może identyczne z hipotetycznemi jadami (endotoksynami) gruźliczemi. Podług bowiem teorji, uznanej przez Mucha, de Fontès'a, Vaudremer'a, Calmette'a i innych, zarazek gruźliczy jest wielopostaciowym i występuje bądź w postaci kwasoopornego i bardzo jadowitego prątka Kocha, bądź w postaci mniej jadowitych ziarenek lub tworów przesączalnych. Powyższa teorja umożliwia wytłumaczenie zjawiska, że wykazywanie prątków Kocha w wysiękach jest trudne lub wręcz niemożliwe pomimo dodatnich wyników przy szczepieniu zwierząt. Oczywiście, że wobec ciągłości i zależności zapalenia okołoogniskowego od głównego ogniska chorobowego może większa lub mniejsza ilość kwasoopornych prątków przedostać się do jamy opłucnowej, gdzie zamieniają się one na mniej jadowite postacie pod wpływem bakterjobójczego działania płynu wysiękowego, zawierającego przeciwciała i zaczyny. W każdym razie zjawienie się kwasoopornych prątków w wysiękach każdorazowo nie świadczy o przebiciu gruzełka do jamy opłucnej ani o powstaniu wysięku wskutek bezpośredniego ich zadziałania. Może to nastąpić wskutek wędrówki prątków drogą naczyń chłonnych lub krwi do już istniejącego wysięku, podobnie jak to ma miejsce przy wysiękach w przebiegu sztucznej odmy. W tych ostatnich zdaniem Vebera i Accorimboni'ego można wykazać w około 85% przypadków prątki Kocha.

Znaczenie alergji dla powstawania surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej potwierdzają również spostrzeżenia, świadczące o ścisłym związku, zachodzącym pomiędzy surowiczemi zapaleniami opłucnej a innych błon surowiczych oraz stawów. Jednostki chorobowe bowiem ze skłonnością do umiejscowienia się w jamie opłucnowej wykazują tę samą skłonność umiejscowienia się w stosunku do innych jam surowiczych oraz stawów i odwrotnie. Wysięki wielosurowiczówkowe zjawiają się u tego samego osobnika niejednokrotnie równocześnie, albo pomiędzy poszczególnemi schorzeniami błon surowiczych, względnie stawów, występują przerwy, które jednak nie zacierają wzajemnej zależności tych schorzeń od jednego i tego samego czynnika etjologicznego. W niektórych przypadkach odnosi się wrażenie, że z przerwami powtarzające się wysięki różnych jam surowiczych względnie szpar stawowych są nawrotami jednej i tej samej niewygasłej sprawy chorobowej.

W gruźlicy, która odgrywa główną rolę w etjologji omawianych spraw chorobowych, stwierdza się zwykle równocześnie lub wkrótce po zjawieniu się jednostronnego wysięku opłucnej objawy zapalenia osierdzia, otrzewnej lub drugostronnej opłucnej. Niejednokrotnie nasilenie tych ostatnich wysięków jest tak słabe, że ujawniają się tylko przy bardzo szczegółowem badaniu albo nawet dopiero po wstrzyknięciu tuberkuliny. Drobna ilość wysięku opłucnej po stronie pozornie zdrowej, u osobników z zapaleniem opłucnej, jest zdaniem Neumanna zjawiskiem bardzo częstem. Autor niniejszej pracy miał sposobność przekonania się o słuszności powyższego poglądu Neumanna przez dokonanie próbnych nakłuć pozornie zdrowej opłucnej u chorych na surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej. Ponadto stwierdza się dokładnem badaniem tych przypadków prawie zawsze upośledzenie przesuwalności oddechowej zdrowego płuca pomimo ujemnego wyniku przy prześwietleniu.

Ulubionemi miejscami gruźliczych wysięków stawów są stawy kręgowe i szczękowe lecz tu i ówdzie występują także wysięki wielkich stawów jak np. w chorobie Ponceta. W pewnych wypadkach schorzenia stawów następują w związku z wchłanianiem się gruźliczych wysięków opłucnej. Charakterystyczną jest dobrotliwość spraw gruźliczych w płucach osobników z surowiczemi wysiękami stawów i jam surowiczych. Dotyczy to również osobników z wysiękowemi schorzeniami gruźliczemi narządów środkowej warstwy gałki ocznej, a poniekąd także opon mózgowych i rzadkich schorzeń gruźliczych wsierdzia, które to narządy są genetycznie i anatomicznie i pod pewnemi względami czynnościowo spokrewnione z opłucną, osierdziem i otrzewną oraz z błonami maziowemi. Dobrotliwy charakter gruźlicy płuc przy powyższych schorzeniach błon surowiczych nie może być przypadkowym, lecz raczej przypuszczać należy, że omawiane surowiczo-włóknikowe wysięki są swoistą reakcją ustroju, w celu uchronienia płuc i innych narządów przed wystąpieniem groźniejszych spraw chorobowych, co ujawnia się szczególnie jaskrawo przy

surowiczo-włóknikowych zapaleniach opłucnej. Soglia wykazał na podstawie dużego materjału statystycznego, że rokowanie gruźlicy płuc jest stosunkowo lepsze w przypadkach, poprzedzonych surowiczemi wysiękami opłucnej. Znaną jest również rzeczą, że współistniejące wysięki opłucnej wpływają nader korzystnie na dalszy przebieg gruźlicy płuc w przypadkach zespołu płucno-opłucnowego *(corticopleurites)*, a w innych wypadkach mogą nawet spowodować zupełne wchłonienie się ognisk gruźliczych.

Związek czynnościowy pomiędzy błonami surowiczemi i maziowemi okazuje się nietylko przy gruźlicy, lecz także w przebiegu innych chorób jak: wiewiór, kiła i gościec stawowy. W drugim okresie kiły występują surowicze zapalenia stawów o charakterze ostrym lub podostrym oraz błon surowiczych, z których częściej choruje otrzewna w postaci umiejscowionej *(perihepatitis, perisplenitis)*, rzadziej opłucna i inne błony surowicze. Analogicznie do gruźlicy objawy te występują zwykle u osobników z łagodnym przebiegiem kiły tak, że ich etjologiczne rozpoznanie może być połączone z dużemi trudnościami, które czasami mogą być nie do przezwyciężenia wobec częstego w tych wypadkach ujemnego odczynu Wassermanna we krwi (podług Schlesingera w 3/4 ogółu przypadków). Podobnie jest często ujemnym odczyn wiązania dopełniacza przy gruźliczych zapaleniach opłucnej, jak wogóle przy schorzeniach, przebiegających ze zwiększoną wrażliwością na tuberkulinę. Podług Bezançona i Weila jest odczyn wiązania dopełniacza dodatni tylko w 62% surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej na tle gruźlicy, wobec 85—90% tego dodatniego odczynu przy posuniętej gruźlicy płuc bez wysięku opłucnej.

Ostry gościec stawowy przebiega bardzo często razem z surowiczemi wysiękami błon surowiczych. Najczęściej spotykamy zapalenia wsierdzia, potem opłucnej i osierdzia. Gośćcowe zapalenia opłucnej są surowiczo-włóknikowe i zjawiają się najczęściej równocześnie z wysiękami stawowemi albo też oddzielnie. W ostatnich wypadkach ma się częstokroć wrażenie, że zapalenie opłucnej występuje jako równoważnik nawrotów zapalenia stawów. Wynika to z obserwacji przypadków, w których kilka miesięcy po zapaleniu stawów występuje odosobnione zapalenie opłucnej, a po pewnym czasie znów zapalenie stawów równocześnie z zapaleniem wielosurowiczówkowem (opłucna, osierdzie). Niekiedy zapalenie opłucnej jest poprzedzone anginą, która ma znaczenie uczulające w stosunku do błon surowiczych. Za tym poglądem przemawia między innemi okoliczność, że gośćcowe schorzenia zjawiają się zwykle w pewien czas po przebyciu anginy. Traktowanie surowiczego zapalenia opłucnej jako przerzutu powstałego drogą krwi od ogniska zapalnego w migdałkach, nie wytrzymuje krytyki, gdyż przerzuty septyczne drogą krwi odznaczają się zawartością licznych i jadowitych zarazków podobnie, jak to ma miejsce przy ropnicy, podczas gdy zarazki przy gośćcowych zapaleniach opłucnej są stosunkowo nieliczne, a ich jadowitość jest nieznaczną. Bardzo często drobnoustroje w wysiękach surowiczych są tylko martwemi tworami, które się wprawdzie odpowiednio zabarwiają, lecz nie dają się wyhodować na pożywkach (Janowski). Drobnoustrojowe tło gośćcowych schorzeń, a temsamem gośćcowego zapalenia opłucnej nie jest jednolite, chociaż, jak to wynika ze spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych, gościec pozostaje najczęściej w związku przyczynowym z paciorkowcami. Ciekawe światło rzucają na etjologię gośćcowych schorzeń niedawne badania Reittera i Löwensteina, którym udało się w pewnej ilości przypadków ostrego gośćca stawowego wyhodować prątki Kocha z krwi i z wysięków stawowych. Badania te nie pozwalają wprawdzie bez zastrzeżeń wyciągać wniosku o identyczności gruzełka z guzkiem gośćcowym Aschoffa, jak to czyni Löwenstein, lecz zmuszają one do rewizji dotychczasowego poglądu na drobnoustrojową etjologię pewnych schorzeń gośćcowych.

Pokrewieństwo czynnościowe opłucnej oraz innych błon surowiczych z błonami maziowemi, wynikające ze spostrzeżeń w warunkach patologicznych, nasuwa przypuszczenie ich łączności czynnościowej także w warunkach prawidłowych. Omawiane bowiem błony są pokryte śródbłonkiem, wyściełającym jamy względnie szpary surowicze, którego zadaniem jest dostarczanie ustrojowi ciał odpornościowych dla walki z zakażeniami. Czynność tę dzielą błony surowicze i maziowe z układem siateczkowo-śródbłonkowym oraz z naczyniami i gruczołami chłonnemi, z któremi tworzą jedną genetyczną i czynnościową całość. Pierwszy etap we walce z niektóremi zakażeniami tworzy układ siateczkowo-śródbłonkowy oraz gruczoły limfatyczne, a w razie ich niedomogi występuje na jaw rola błon surowiczych względnie maziowych w postaci wzmożonego wytwarzania płynu o właściwościach uodparniających i bakterjobójczych. W innych zakażeniach walka ustroju ogranicza się do układu siateczkowo-śródbłonkowego i tylko w wyjątkowych wypadkach występuje współudział błon surowiczych. Zdolność błon surowiczych do zareagowania wysiękiem zapalnym następuje po ich uprzedniem uczuleniu, którem jest przy gruźlicy pierwsze schorzenie czyli ognisko pierwotne Küssa i Ghona, a przy gośćcowych schorzeniach błon surowiczych jest niem angina względnie inne podobne schorzenie.

Podobnie jak w chorobach alergicznych w ścisłem tego słowa znaczeniu, występują objawy chorobowe błon surowiczych najczęściej pod wpływem swoistych wywoływaczy, któremi są w danym wypadku jady bakteryjne. Jady poszczególnych zarazków mają swoiste upodobanie do poszczególnych błon surowiczych i maziowych, podobnie jak przy innych chorobach alergicznych, przy których jedne wywoływacze mają większą skłonność do wywoływania objawów chorobowych w skórze, inne w błonach śluzowych przewodu pokarmowego lub narządu oddechowego. Jady gruźlicze mają większą skłonność do wywoływania wysięków opłucnej, osierdzia i otrzewnej, a mniejszą do wysięków błon maziowych, podczas gdy jady paciorkowców mają większe upodobanie do stawów i wsierdzia, a mniejsze do opłucnej. W powtarzających się uczuleniach czyli przy trwaniu działania jadów bakteryjnych alergja zatraca swe swoiste upodobanie do jednego narządu i rozszerza się na inne błony surowicze, co częstokroć ma miejsce za pośrednictwem również uczulonych naczyń chłonnych. Tem tłumaczy się zjawienie się zapalenia osierdzia, otrzewnej względnie stawów w związku z gruźliczemi zapaleniami opłucnej oraz wystąpienie zapalenia opłucnej i osierdzia w przebiegu ostrego gośćca stawowego. Szczególnie jaskrawo uwidocznia się analogja pomiędzy surowiczo-włóknikowem zapaleniem opłucnej, a innemi chorobami alergicznemi pod względem utraty swoistości wywoływaczy. Podczas i wkrótce po wystąpieniu objawów alergicznych, powstałych wskutek zadziałania swoistego wywoływacza istnieje czasowo alergja względna wobec wywoływaczy innego rodzaju. W odniesieniu do błon surowiczych może to usprawiedliwić łatwiejsze wystąpienie nawrotów pod wpływem bodźców nieswoistych jak: uraz, przeziębienie i t. p. Autor niniejszej pracy wskazał na innem miejscu na znaczenie zaburzeń układu wegetatywno-hormonalnego przy powstawaniu chorób alergicznych jak astma oskrzelowa, pryszczyca i t. p. i uważał, że alergja w tych schorzeniach jest pierwotnie jednoważną, czyli że objawy alergiczne pierwotnie występują wskutek zadziałania swoistych wywoływaczy i, że w następstwie zaburzeń wegetatywnych następuje utorowanie odruchów naczynioworuchowych, w wyniku czego alergja staje się wieloważną czyli, że objawy alergiczne mogą wtedy wystąpić pod wpływem większej ilości wywoływaczy różnego rodzaju. Podobnie mogą te same zaburzenia nerwowo-hormonalne spowodować obniżenie progu działania dla swoistych wywoływaczy, wskutek czego wywoływacze o małem nasileniu, które wpierw nie były w stanie spowodować wystąpienia objawów chorobowych, mogą stać się przyczyną ujawnienia się reakcyj alergicznych. W odniesieniu tych pojęć o alergji do patogenezy surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej zyskujemy możność wytłumaczenia powstawania samorodnych wysięków opłucnej, które występują u osobników pierwotnie uczulonych wobec wywoływaczy bakteryjnych po zadziałaniu nieswoistych bodźców, powodujących zaburzenia równowagi układu wegetatywno-hormonalnego, jak przeziębienie, nadmierne wysiłki fizyczne, ogólne wyczerpanie i t. p. Podobnie może także działać poronne zakażenie wtórne zarazkami gruźliczemi t. j. inhalacja większej ilości prątków, które zatrzymują się na błonach śluzowych dróg oddechowych bez powodowania klinicznych objawów chorobowych (Opitz), lecz ich wchłonienie może spowodować wzmożenie stopnia alergji. Podobny sposób powstawania samorodnego zapalenia opłucnej może mieć miejsce szczególnie u osobników z otoczenia gruźliczego, u których później może nastąpić kliniczne ujawnienie się gruźlicy płuc po ponownem lecz skuteczniejszem zakażeniu. Z tej przyczyny mogą gruźlicze wysięki opłucnej, powstałe na skutek zadziałania nieswoistych bodźców, nie zawierać zarazków, a w wypadkach ich obecności nie świadczy to o powstawaniu wysięku wskutek bezpośredniego ich zadziałania. Może bowiem wtórnie nastąpić inwazja prątków Kocha do płynów wysiękowych, podobnie jak to ma miejsce przy wysiękach w przebiegu odmy sztucznej. Ta możliwość zyskuje na prawdopodobieństwie wobec badań Löwensteina i jego współpracowników, z których wynika, że zarazki gruźlicze mogą przez dłuższy czas znajdować się we krwi bez powodowania objawów chorobowych.

Dok. nast.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. Dr. Jan Szmurło: *Choroby krtani i tchawicy.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wilno, 1931. (Stron 186, rysunków 132, 1 tablica barwna). Wydawnictwo Koła Medyków U. S. B.

Duch ofiarności i rozmachu cechuje życie naukowe Wszechnicy wileńskiej. Jestto duch wzmożonego poczucia odpowiedzialności pionierów na wysuniętej placówce prastarych kresów Rzeczypospolitej. Duch ten jednoczy we wspólnym wysiłku młodzież i nauczycieli Uniwersytetu Stefana Batorego.

Tym wspólnym wysiłkiem, za który w tym wypadku należy się wspólna podzięka zarówno Kołu Medyków U. S. B., jak przodownikowi polskiej laryngologji, profesorowi Szmurle, tłumaczy się, że w niespełna rok po części II-giej, pojawia się na półkach księgarskich część III-cia i przedostatnia pierwszego kompletnego, rodzimego podręcznika otorinolaryngologji. Omówiwszy w temże miejscu w swoim czasie dwie poprzednie części, niemam zamiaru podnosić raz jeszcze szczegółowo walorów tego dzieła, rezerwując ogólne uwagi do pojawienia się części ostatniej i ograniczę się do krótkiej rejestracji i kilku — dotyczących szczegółów — uwag krytycznych.

Część III-cia traktuje o chorobach krtani i tchawicy. Naogół zachowany jest ten sam szemat klasyfikacji materjału, co w częściach poprzednich. Część ogólna obejmuje w obu działach anatomję, fizjologję, patologję, metodologję, symptomatologję i terapję. Część szczegółowa zajmuje się po kolei wadami rozwojowemi, zboczeniami wrodzonemi i nabytemi, schorzeniami natury zapalnej i zakaźnej, ostremi i przewlekłemi, nowotworami i zaburzeniami nerwowemi. W dziale fizjologji krtani pragnęlibyśmy widzieć kilka słów o stroboskopji (może przeoczyłem). Tamże, na str. 23, proponowałbym ze względów dydaktyczno-mnemotechnicznych, by szemat głosów był podany w odwrotnym porządku, gdyż tak go lepiej czytelnik spamięta, a mianowicie, by bas (jak sama nazwa wskazuje) był podany od dołu, a sopran od góry.

Na str. 12 zakradła się przez przeoczenie pewna nieścisłość. Mowa tam o tętnicy krtaniowej dolnej, zwanej także tętnicą „pierścieniowo-tarczową". W rzeczywistości mało ważna tętnica krtaniowa dolna jest cieńką gałązką wstępującą (poza stawem tarczowo-pierścieniowym) tętnicy tarczowej dolnej, zaś tętnica pierścieniowo-tarczowa biegnie poprzecznie ku przodowi jako gałązka tętnicy tarczowej górnej i przenika, po anastomozie z takąż drugostronną w linji środkowej, do wnętrza krtani, nie przez więzadło „pierścieniowo-nalewkowe" lecz pierścieniowo-tarczowe.

Porównując zasady klasyfikacji spraw ostrych 1) jamy ustnej i 2) gardła (w części II-giej) i 3) krtani (w części omawianej) dochodzi się do wniosku, że w interesie dydaktycznym wskazanem byłoby większe ujednostajnienie klasyfikacji. Przykładowo przytoczę, że w grupie gardła „błonica" ujęta jest pod kątem widzenia czysto etjologicznym (prątki Loefflera), a z tej jednostki wyłaniają się odmiany morfologiczno-kliniczne, jak forma: nieżytowa, zatokowata, wrzekomo-błoniasta i t. d. Po omówieniu etjologicznej jednostki „błonicy", omówione są inne jednostki etjologiczne: pneumokokowa, Plaut-Vincent'a i t. d. Natomiast w grupie krtani ustalona jest jako punkt wyjścia morfologiczna jednostka zapalenia krtani wrzekomo-błoniastego, a z niej wyodrębniają się odmiany etjologiczne a) błonicy, b) paciorkowcowe, c) pneumokokowe i t. d., a więc wręcz przeciwnie niż w grupie gardła. Znowu nieco inne ujęcie widzimy w grupie jamy ustnej.

Termin „udar krtaniowy", użyty na str. 90, nie jest nigdzie zdefiniowany ani uzasadniony. Termin ten kojarzy się naogół z wyobrażeniem krwotoku i jego następstw, co tutaj zdaje się nie ma zastosowania.

Pomijając te czysto formalne drobnostki znajdujemy w omawianym podręczniku te same fenomenalne walory przejrzystości wykładu, niezwykłego bogactwa treści, pełną aktualności klinicznej, zasilanej obfitem własnem doświadczeniem i czujnem uwzględnieniem piśmiennictwa własnego i obcego. Szczególnie wybitnie występują te cechy w wykładzie fizjologji krtani jako narządu głosowego jako też przy omawianiu metod badania bezpośredniego krtani i tchawicy. Właśnie z powodu tego bogactwa i wielkiego zróżniczkowania treści książki, przeznaczonej z jednej strony dla medyka, z drugiej dla lekarza, a nawet ciekawej dla specjalisty, proponowalibyśmy w następnem wydaniu zastosowanie dwojakiego typu czcionek, tak by medyk mógł ograniczyć się do czytania rzeczy bardziej zasadniczych, zaś lekarz zagłębiać się w ustępach drukowanych petitem.

Z wdzięcznością rejestrujemy wyczyn społeczno-naukowy profesora Szmurły i oczekujemy z niecierpliwością części czwartej i ostatniej, która uwieńczy dzieło wytrwałej pracy, mające służyć za wzór dla innych działów naszej medycyny.

Dr. Schwarzbart (Kraków).

Józef Peszke (†): *Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820—1920. — Dzieje Towarzystwa,* Część I, Półrocze pierwsze. Warszawa, 1931. Nakładem Tow. Lek. Warsz., 8°, str. X + 522. — Słowo wstępne M. Zwejgbauma.

Na 8 lat przed dniem 6 grudnia 1920 r. rzucona została przez Alfreda Sokołowskiego, sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, myśl uczczenia setnej rocznicy założenia tej zasłużonej instytucji naukowej przez wydanie Księgi Jubileuszowej, ze szczególnem uwględnieniem historji stulecia Towarzystwa. Zadanie opracowania dziejów Towarzystwa wziął na siebie Józef Peszke, wybitny historjograf polski, i pracował nad tem dziełem aż do roku swej śmierci 1916. Rękopis Peszkego zawierał półwiecze dziejów Towarzystwa, dochodząc nieco poza rok 1870. Dalszy ciąg opracował sędziwy Bieliński, lecz nie zdołał dzieła wykończyć. Wojna i ciężka sytuacja gospodarcza kraju sprawiły, że rękopis nie mógł wcześniej ujrzeć światła dziennego. Sama uroczystość rocznicy, przypadająca na dzień 6 grudnia 1920 r., odbyła się z rocznem opóźnieniem i nader skromnie, a tymczasem członkowie komisji wydawniczej Stanisław Orłowski, Alfred Sokołowski, Ludwik Guranowski wymierali jeden po drugim. Dopiero w ostatnich latach można było podjąć wątek dawnej inicjatywy i pomyśleć o wydaniu rękopisów. Zadanie to przypadło w udziale dwom członkom Zarządu Towarzystwa, mianowicie Maksymiljanowi Zwejgbaumowi, jedynemu z żyjących jeszcze członków dawnej komisji wydawniczej, oraz Babińskiemu, podskarbiemu Towarzystwa.

Trudności były niemałe. Dzieje Towarzystwa opracowane były przez dwu autorów. *Si duo faciunt idem, non est idem.* Peszke szczególnie dużo miejsca poświęcił sprawom wewnętrznym Towarzystwa, Bieliński natomiast naukowej działalności, która zresztą istotnie wybijała się w drugiem półwieczu Towarzystwa. Wydawcy mieli bardzo szczęśliwą myśl, gdy rozdzielili rzecz na dwie części i narazie wydali tylko rękopis Peszkego, pozostawiając następną część na przyszłość.

I oto mamy przed sobą dzieło Peszkego. Podziwiamy ogrom włożonej w tę rzecz pracy, zdumiewa nas wytrwałość, z jaką Peszke wydzierał pyłowi zapomnienia treść imponująco obszernych i licznych materjałów, z uznaniem stwierdzamy ścisłość, do której dąży autor w czasach, gdy historjografja lekarska polska oddana była na łaskę i niełaskę dyletantyzmu. Ale o jednej rzeczy nie pomyślano wówczas. Dzieje Towarzystwa Lekarskiego mogą być bardzo bogate i zajmujące dla historyka, ale ogół lekarzy zazwyczaj nie interesuje się szczegółami, zwłaszcza gdy zajmują one przeszło 500 stron druku, dużego formatu. Przy całem uznaniu, jakie mamy dla zasług ś. p. Peszkego, długoletniego bibljotekarza Towarzystwa i historjografa szczególnie zasłużonego około propagandy dziejów polskiej medycyny zagranicą, nie możemy się oprzeć wrażeniu, że niniejsze dzieło Peszkego jest poprostu rodzajem kroniki Towarzystwa, spisywanej *ex post* przez umysł mało lotny. Stąd jako lektura, zwłaszcza przy dzisiejszem tempie życia, dzieło to nie zachęci nikogo do historji medycyny. Podkreślam, że z tego nie wynika, by rękopisów tego rodzaju nie należało drukować. Przeciwnie mają one ogromną wartość — ale nie dla czytelników, lecz dla historyków, którzy na postawie podanych tam materjałów będą w stanie opracować syntetycznie dzieje tej czy innej instytucji. Z tego stanowiska dzieło Peszkego jest cenne, jako zbiór czy zestawienie materjałów, jako t. zw. przez historyków „pierwsza konstrukcja", ale nigdy jako praca przeznaczona dla ogółu. Te słowa krytyki pod adresem zmarłego autora za jego życia może nie byłyby powstały. Wówczas wszyscy pojmowali historję medycyny sposobem kronikarsko-muzealnym. Nowoczesna metoda dopiero pragnie ułatwić czytelnikowi orjentację w bezmiarze materjałów dziejowych, i odrzucając balast szczegółów, konstruuje syntetycznie przeszłość w szerokich rzutach, aby się nie gubić w drobiazgach, lecz wciąż mieć na oku całość obrazu, czy zagadnienia.

Wyrazem tej analitycznej metody jest podział dzieła Peszkego. Opisywany jest rok po roku w niezachwianym porządku chronologicznym. Tylko wstęp, poprzedzający właściwy opis dziejów Towarzystwa, przedstawia ogólne tło historyczne, na którem zjawiła się inicjatywa założenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i ten wstęp niewątpliwie stanowi ozdobę literacką dzieła. Tu już wydawcom musi być zrobiony lekki zarzut, że nie rozbili — przynajmniej owego wstępu — na kilka rozdziałów, opatrzonych odpowiedniemi nagłówkami, zamiast poprzestawać na nic nie oznaczających cyfrach rzymskich. Zwiększyłoby to znacznie zainteresowanie dla treści. Oczywiście trudniej było to zrobić w dalszym ciągu, gdy niemal protokolarnie przedstawiany jest rok za rokiem.

Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu i wydawcom omawianego dzieła należy się szczere podziękowanie za wydanie tej pracy. Przygotowanie takiego rękopisu do druku było rzeczywiście rzeczą trudną i odpowiedzialną. Zasługa ta byłaby jednak jeszcze pełniejsza, gdyby z tą samą starannością, z jaką przygotowano rękopis do druku, wykonano i korektę. To niedociągnięcie jest stałą bolączką naszych wydawnictw. Sprawia to przykre wrażenie, gdy nazwisko Bielińskiego przemieni się na „Biliński" (str. VI) lub t. p. W niektórych miejscach z tego powodu przychodzi do haniebnych nieporozumień N. p. str. VII: „Bieliński... pracował lat kilka i w r. 1918, doprowadziwszy opowiadanie swoje prawie do końca roku 1920, oddał rękopis Towarzystwu". Czy rzeczywiście autor ten w roku **1918** oddał rękopis z historją Towarzystwa do roku **1920?** Tak pięknego wydawnictwa, o którem każdy wyrazi się z najwyższem uznaniem, nie powinno się psuć podobnemi niedociągnięciami.

Wkońcu jeszcze tylko szczere życzenie, by jak najprędzej wyszła i druga część, zawierająca drugie półwiecze dziejów Towarzystwa, pióra Bielińskiego. Środki na ten cel muszą się znaleść.

Dr. med. i fil. T. Bilikiewicz (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 15, z 1 sierpnia 1931: W. Łuczyński: Spostrzeżenia, dotyczące diagnostyki i kliniki zwężenia lewego ujścia żylnego. — H. Szusterówna: Szkliwiak podstawy mózgu. — L. Kwarcbart: O radjoterapji promienicy skóry. — E. Pflanz: Marjańskie Łaźnie w leczeniu kamicy żółciowej.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok IV, nr. 1, z r. 1931: W. Grzywo-Dąbrowski: Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego za rok 1930. — W. Grzywo-Dąbrowski: Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo lekarska i działów pokrewnych za rok 1930. — L. Hirszfeld: O własnościach grupowych ustroju w zastosowaniu do medycyny sądowej. — S. Łaguna: Przyczynek do późnego wykazywania tlenku węgla w zwłokach ekshumowanych. — W. H. Melanowski: W sprawie ekspertyzy okulistycznej.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok IV, nr. 2, z r. 1931: W. Fele: Dwa przypadki osobliwych zamachów samobójczych. Rany kłute. Harakiri. — W. Grzywo-Dąbrowski: Śmierć wskutek postrzału z długiej broni palnej — samobójstwo, wypadek czy zabójstwo? — K. Piro: Przyczynek do znajomości i przebiegu rozkładu zwłok. B. Puchowski: Rzadki przypadek bezpośredniego włamania podstawy czaszki. — B. Wejnberg: 1) W sprawie nagłej śmierci X. we wsi D.; 2) Niezwykły przypadek zabójstwa przez młodocianego.

Wiadomości zdrojowe. Zdrojowisko Inowrocław, rok 4, nr. 3, z 1 sierpnia 1931: H. Zborowski: O leczeniu chorób kobiecych w Zdrojowisku Inowrocław. — H. Sroczyński: Dalsze uwagi o stosowaniu emanacji radowej.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 15—16, z 1 sierpnia 1931: Stan Banku Lekarzy. — Z życia Związku Lekarzy Państwa Polskiego. — L. Regmunt Sobieszczański: Walka z gruźlicą w programie działalności Kasy chorych m. Warszawy. — St. Czerwiński: Odpowiedzialność karna felczerów i akuszerek. — Medycyna społeczna i lekarskie życie zawodowe zagranicą. — K. Dobrzański: Potrzeba organizacji zawodowej lekarzy (dok.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 7, z 1 sierpnia 1931: E. Stenz: Klimatologja a potrzeby polskich uzdrowisk. — L. Korczyński: Przyrodzone źródła sił i zdrowia Ziemi Krakowskiej (dok.). — L. Korczyński: O nauczaniu i o nauce balneologji i klimatologji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 32, z 9 sierpnia 1931: J. Modliński: Ustawa aptekarska w projekcie Dep. Służby Zdrowia. — Sprawy zawodowe.

Dziennik urzędowy Izb Lekarskich, rok II, nr. 8, z 1 sierpnia 1931: Z Izb Lekarskich terytorjalnych.

Wiadomości weterynaryjne, rok XIII, tom X, nr. 132, lipiec 1931: W. Walkiewicz: Paciorkowcowe zapalenie wymienia u bydła i jego zwalczanie. — Z. Zaniewski: Zarazy zwierzęce w województwie warszawskiem w 1931 r.

Neurologja Polska, tom XIV, zeszyt 1, rok 1931: N. Zandowa: Podstawy anatomiczne pochylenia głowy do przodu *(emprostotonus).* — M. Biro: Zapalenie wielonerwowe *(polyneuritis).*

Wychowanie fizyczne, rok XII, nr. 7—8, za lipiec-sierpień 1931: T. Baczyński: Studja antropometryczne nad żołnierzami z Wielkopolski (dok.). — K. Mikulski: Lekarz szkolny a psycholog szkolny (dok.). — Z. Wandelt-Kwaśnicowa: Śpiew i muzyka na usługach lekcji gimnastyki. — M. Balcer: Taktyka gier. — L. Lange: Kilka słów o kajaku.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 32, z 6-go sierpnia 1931: St. Justman: O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego. — B. Kryński: Hepato-lienografja. — A. Galewski: Biologja i klinika układu chłonnego i szpiku kostnego (streszcz. pogl.). — L. Szyfman: Uwagi w sprawie dietetyki szpitalnej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse Médicale.

Nr. 36, 1931.

M. Labbé i F. Nepveux: *Rozpoznanie niedomogi trzustki.* Niedomogę wydzielniczą trzustki można rozpoznać przez równoczesne zbadanie 1) bilansu tłuszczowego w kale t. j. oznaczenie współczynnika absorbcji tłuszczu, 2) trawienie jąder komórkowych mięsa (Schmidt), i 3) soku dwunastnicowego na zawartość fermentów trzustkowych.

V. de Lavergne i R. Lévy: *Spirochetosis ictero-haemorrhagica.* W sprawie okresu wylęgania tej choroby są w literaturze bardzo rozbieżne dane od 1-18 dni. Autorowie poddali krytycznej ocenie 27 przypadków i podają, że okres inkubacji jest różny zależnie od drogi dostania się drobnoustrojów. Przy zakażeniu drogą pokarmową (w kąpieli i t. p.) okres ten jest krótszy około 5 dni, przy zakażeniu przez skórę (ukąszenie) okres wylęgania jest dłuższy niż 10 dni, średnio około 15 dni.

Nr. 37, 1931.

R. Bensaude i J. Cottet: *Stosowanie Bism. subnitricum przy zaburzeniach nerwowych i sercowych pochodzenia jelitowego.* Autorowie podają 9 obserwacyj różnych zaburzeń (bóle w okolicy serca, ekstrasystole, migrena i t. p.) pochodzenia jelitowego, które ustąpiły po kilkunastodniowem stosowaniu dużych dawek (20 g *pro die*) soli bizmutowej .

Nr. 40, 1931.

J. Piquet: *Zasady postępowania chirurgicznego przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego.*

Zależnie od postaci anatomo-patologicznej ropnia, postępowanie chirurgiczne musi być różne. Zasady postępowania są następujące: zabieg operacyjny z chwilą ustalenia rozpoznania, otwarcie drogą przez wyrostek sutkowy, wypuszczenie ropy, drenowanie. Następnie autor omawia komplikacje pooperacyjne i podaje zasady postępowania chirurgicznego przy różnych postaciach ropni mózgowych.

E. Sorrel, P. Bufnoir i J. Fumet: *Uwagi o gruźlicy chirurgicznej.*

Na podstawie statystyki szpitalnej za 10 lat, autorowie podają, jakie ewolucje przeszło lecznictwo gruźlicy kostnej i stawowej i wykazują, że przez skombinowanie różnych metod leczniczych prognoza nawet u dojrzałych zdaje się jest lepsza.

J. Forestier: *Leczenie gośćca stawowego solami złota.* Przy przewlekłym gośćcu stawowym z tendencją do zniekształceń, autor stosował połączenia organiczne złota (allochryzyna) domięśniowo w dawkach dziennych około 5 cg, w jednej serji 1,5—2,5 g w ciągu 2—3 miesięcy. Wyniki lecznicze były dość dobre, na 44 przypadków wynik bardzo dobry i dobry w 33 przypadkach, pozostałe przypadki uległy nieznacznej poprawie. Przy takiem leczeniu mogą wystąpić różne objawy uboczne, wczesne i późne ze strony skóry, błon śluzowych, stawów, rzadziej także ogólne, jak gorączka. Przez odpowiednie prowadzenie leczenia można zapobiec tym niepożądanym objawom.

Nr. 41, 1931.

M. Loeper i A. Mougeot: *Odczulenie organizmu przez wody mineralne.*

Autorowie wskazują na to, że przyczyny wielu chorób i stanów chorobowych leżą w uczuleniu organizmu, rozwijają różne

teorje anafilaksji, przytaczają różne doświadczenia, wykazujące wpływ odczulający wód mineralnych prawdopodobnie przez ich zawartość katjonów wielowartościowych i podkreślają wartość leczniczą wód, stosowanych w różnorodny sposób, jako odczynnika odczulającego organizm.

Nr. 42, 1931.

G. Mouriquand, A. Leulier, M. Bernheim, Weill: *Środki usuwające wapń z kości przy krzywicy doświadczalnej.*

Istnieją różnice między krzywicą doświadczalną u szczurów a krzywicą naturalną, chociaż środek leczniczy jest ten sam. Autorowie badali przy krzywicy doświadczalnej wpływ kilku środków na kostnienie krzywiczych kości i przekonali się, że adrenalina u szczurów krzywiczych działa przeciwnie, jak u dzieci krzywiczych. Wiadomo, że adrenalina u dzieci wpływa korzystnie na kostnienie — o czem autorowie przekonali się w 1 przypadku,— natomiąst w doświadczeniach u szczurów okazała się niekorzystną i to niezależnie od drogi wprowadzania. Podobnie i jod jako syrup z garbnikiem okazał się przy krzywicy eksp. środkiem odwapniającym. Jeszcze silniej odwapniał nasady kości węglan strontu, dodawany do diety krzywiczej.

A. Ferrannini: *Niedociśnięcie konstytucjonalne jako jednostka kliniczna.*

Autor zwraca uwagę, że jeszcze w r. 1903 opisał objawy tego schorzenia i określił je nazwą *angiohypotonia.* Następnie omawia różnorodne objawy i badania kliniczne.

I. Daniel i M. Popescu Buzeu: *Działanie wód siarczanych przy cukrzycy.*

Autorowie otrzymali dobre wyniki lecznicze przy stosowaniu wód siarczanych w lżejszych i cięższych postaciach cukrzycy. Badania doświadczalne na zwierzętach i znajomość ważnej roli siarki i jej połączeń w procesach przemiany materji pozwalają przypuszczać, że czynnikiem tak korzystnie działającym w tych wodach są połączenia siarkowe. Autorowie podają wyniki badań, przeprowadzonych u ludzi, nad wpływem picia wód na zawartość cukru we krwi i moczu. Woda siarczana obniża cukier we krwi najsilniej w dwie godziny po wypiciu 500 cm^3, także u ludzi zdrowych, cukromocz zmniejsza się lub znika. Działanie to nie jest zależne od samej wody, ponieważ woda dystylowana takiego wpływu nie wywierała.

M. Montassut i M. Delaville: *Depresja konstytucjonalna.*

Autorowie opisują objawy u pewnych typów ludzi astenicznych, łatwo męczących się, łatwo pobudliwych, którzy zazwyczaj czują się zmęczeni przez całe przedpołudnie, a ożywiają się około godziny 5 popołudniu i pracują bez zmęczenia do późnej nocy. W takich stanach depresji stwierdzili we krwi alkalozę, która zmniejszała się lub ustępowała zupełnie popołudniu. Łatwa pobudliwość takich ludzi stoi w związku z zaburzeniami równowagi jonów we krwi. Badanie osocza krwi wykazało zwiększoną zawartość potasu, wapń podlegał różnym wahaniom, ale przy zwiększonej pobudliwości stosunek potasu do wapnia przewyższał prawidłowy współczynnik.

Nr. 43, 1931.

G. Faroy, R. Deron i H. Desoille: *Wtórne bieguniki przy chorobach wątroby.*

Różne postacie biegunek mogą wystąpić przy schorzeniach wątroby i woreczka żółciowego i mogą się utrzymywać przez długi czas. Autorowie opisują objawy, patogenezę i postępowanie lecznicze takich zaburzeń.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 48, 1930.

E. Müller: *Objawy kliniczne i leczenie grypy w wieku dziecięcym.*

O. Roth: *Samoistna hipoglikemja.* Dokładny opis objawów w jednym przypadku wraz z przeprowadzonemi badaniami dodatkowemi.

J. Wohl: *Przyczynek do sprawy cukrzycy po urazach układu nerwowego ośrodkowego.* Zmiany funkcji *tuber cinereum i nucleus paraventricularis hypothalami* w jednym ciekawym przypadku, gdzie uraz pośrednio spowodował cukrzycę u człowieka do niej już predysponowanego.

A. Winkler: *O fizjologicznem stłumieniu nad szczytami płuc.* Różnice w wypuku i nad niezmienionemi chorobowo szczytami są bardzo częste. Zależność odgłosu wypukowego od różnych przyczyn fizjologicznych, a szczególnie od ustawienia barku i napięcia jego mięśni.

F. Mittelbach (jun.): *Zapalenie wyrostka robaczkowego przy situs viscerum inversus totalis.* Opis jednego z nielicznych w literaturze przypadków.

A. v. Probstner: *Pięć przypadków pęknięcia macicy na skutek nieodpowiedniego stosowania preparatów przysadki.*

M. Bednár: *Anosmia i influenza.* Porażenie n. węchowego przy influenzy jest bardzo częste, niezależnie od ciężkości schorzenia głównego, zależne może nieco od starszego wieku pacjenta. Nerw węchowy jest specjalnie uczulony na to zakażenie i toksyczne jego uszkodzenie może być nawet wskazówką przy rozpoznawaniu influenzy. Anosmja trwa zwykle kilka dni, rzadkie są przypadki przeciągania się porażenia na przeciąg nawet kilku miesięcy.

Fillié: *Przypadek ograniczonej twardziny skóry z jednostronnym zanikiem tkanki na kończynach,* t. j. na prawem ramieniu i prawem udzie.

D. Engel: *Rak i przysadka.* Reakcja ciążowa Aschheima i Zondeka wypada dodatnio w przypadkach raka (12 przypadków).

A. J. Weil: *Zachowanie się naczyń włosowatych przy schorzeniach stawowych.* Źle ukrwioną skórę znajdował w tych chorobach dwukrotnie częściej niż u zdrowych, ale tylko w 25% przypadków, nie można stąd wysnuwać wniosku o konstytucjonalnej predyspozycji systemu naczyniowego do schorzeń reumatycznych.

Schramm: *Endarteriitis obliterans luetica wyleczona zapomocą Kallikrein.* Opis przypadku. *Thymipin.*

Kirschenberger: *Leczenie złamania malleolus opatrunkami plastrowemi.*

G. Hartlieb: *Postępy chirurgji praktycznej* (d. n.). Referat.

Nr. 49, 1930.

W. Kolle: *Badania nad czynnem uodpornieniem przeciw błonicy* (d. c.).

J. Pelnář: *Rak okolicy podwątrobowej.* Objawy raka woreczka i dróg żółciowych, brodawki Vater'a i trzustki. Statystyka częstości tych raków w stosunku do nowotworów innych narządów.

M. Jerusalem: *Regeneracja gruźliczo zmienionych kości.* Opis przypadku z dużemi zmianami w kościach stawu nadgarstkowego, zupełnie wyleczonego konserwatywnemi, ambulatoryjnemi metodami (unieruchomienie, przestrzykiwania, podawanie śledziony i naświetlania Roentgenem).

H. Edelmann: *Krwiomocz przy cholecystopatji* podobnie jak zapalenie nerek może wystąpić przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

E. Haim: *O mojej metodzie wyłuszczenia stercza (extramuscularis, perinealis).*

K. Denecke: *Pierwotny mięsak serca i jego kliniczne objawy głównie ze strony n. błędnego, otoczonego przez guz.* Opis przypadku.

W. Haimann-Hatry: *Samoistne wyleczenie świeżej jamy gruźliczej w płucach.* Opis przypadku kontrolowanego rentgenologicznie. — *Cardiazol-Dicodid, Gorczyca, środki nasercowe w praktyce.*

Schottky: *Autoseroterapja w przypadku zapalenia płuc i toksycznej pokrzywki* zastosowana z dobrym rezultatem według zaleceń Koenigsfelda.

M. Zühdi: *Terpentynowa reakcja zmętnienia jako uzupełnienie odczynu Wassermanna z płynem mózgowo rdzeniowym,* metoda pośrednia między biologiczną i chemiczno-koloidalną.

H. Simchowitz: *O zachowaniu się obrazu ciałek białych przy anemjach aplastycznych.* Opis przypadku.

G. Scherk: *Ropień okołonerkowy.* Opis trudnego do rozpoznania przypadku. *Rheuma-Sensit., Helisen.*

v. Schnitzer: *Udar serca nieuznany jako skutek służby wojskowej.* Dział ubezpieczeń.

G. Hartlieb: *Postępy chirurgji praktycznej* (dok.). Referat.

Nr. 50, 1930.

M. Sellheim: *Rozpoznanie ciąży.* Obszerne omówienie objawu Hegara, reakcji Abderhaldena i doświadczeń Aschheima.

W. Kolle: *Uodpornienie czynne przeciw błonicy.* (dok.). Stosowanie szczepionek jest nieszkodliwe, a dawać może odporność na miesiące, a nawet na lata. Wszystkie szczepionki powinny być sprawdzane przez Urząd Państwowy na nieszkodliwość i wartość imunizacyjną.

A. Tschermak: *O nowych zdobyczach nauki o dziedziczności.*

F. Erdstein i R. Kienböck: *Rozpoznania różnicowe między białaczką szpikową i przerzutami raka.* Opis przypadku.

H. Flörcken: *Uśpienie zapomocą awertyny i gazu rozweselającego.* Dobre rezultaty w 300 przypadkach poważniejszych operacyj.

I. Kirsten i E. Papenkort: *Obraz i skład krwi przy żółtaczce pochodzenia wątrobowego* t. j. różnice w zachowaniu się krwi w żółtaczce toksycznej, mechanicznej i przy marskościach wątroby.

Vieten: *Trzy przypadki krwioplucia przy wadach zastawki dwudzielnej.*

W. Stutte: *Skręt szypuły appendix epiploica.* Opis 27-go przypadku w literaturze.

J. Sellei: *Leczenie twardziny skóry fermentami trzustki.* Podawanie w 8 przypadkach tabletek suchej substancji trzustki à 0,25 × 8 do 10 *pro die*, później w surowym stanie (w buljonie do 35° ogrzanym) w ilości 100—250 g *pro die* przez kilka miesięcy, dało dobre rezultaty względnie wyleczenie *sclerodermia en plaques* i *en bandes*. Ostatnio podają także kwas solny z pepsyną oraz preparaty żołądka i dwunastnicy.

S. Löwy: *Zachowanie się serca przy balneoterapji u chorych reumatycznych.*

O. Weltmann i K. Tschilow: *Znaczenie kliniczne ciężaru gatunkowego moczu*, oznaczonego według formuły

$$\text{c. g.} = 1000 + 15 \frac{2000}{\text{ilość moczu}}$$

zależnego od zawartości chlorków i mocznika. *Bromostrontiuran* (przeciw swędzącym zmianom skórnym) *Jemalt* (tran + słód).

v. Schnizer: *Spondylarthritis nie uznane jako uszkodzenie w służbie wojskowej.* Dział ubezpieczeń.

O. Strauss: *O raku i jego leczeniu.* (d. n.). Referat.

Nr. 51, 1930.

Siegert: *Zagadnienie operacyjnego leczenia przewlektych zapaleń przydatków.* Autor przedstawiając znaczne wzmożenie się po wojnie zmian w przydatkach zaleca w sprawach ostrych i podostrych leczenie konserwatywnemi lekami, mającemi na celu wzmocnienie ustroju i ewentualne osłabienie lub zabicie bakteryj. Naświetlanie promieniami X jajników znacznie ułatwia i skraca okres leczenia. Skoro już decyduje się operować, to stara się wybrać przypadki takie, które kobiecie mimo operacji dawałyby rękojmię dalszego normalnego życia. Podaje metody operacyjne, zestawia dane statystyczne i omawia korzyści i wady tych metod.

R. Otto i G. Blumenthal: *Czynne uodpornienie przeciwko błonicy subneutralnemi mieszankami.* Doświadczenie na świnkach morskich dały następujące wyniki: subneutralna mieszanina T. A. 1/10 (L† + 0,8 AE) dawała przy uodpornieniu świnki morskiej wyższe miano, niż rozczyn neutralny. Po 2 miesięcznem trwaniu zdolność uodporniająca znacznie obniżyła się. Do wykorzystania właściwości toksycznych i uodporniających na błonicę, doświadczenia na świnkach morskich szczególnie się nadają. Ciągła kontrola jest konieczną.

S. Radt: *Nowa metoda rentgenologicznego uwidoczniania wątroby i śledziony* zapomocą środka kontrastowego (hepatolienografja). Autor podaje dożylnie 40—80 cm³ rozczynu *thorium dioxyd-sol* (Tordiol) poczem prześwietla lub wykonuje zdjęcia. Kilka rentgenogramów.

E. Hoke: *„Anticutina" jako źródło błędów przy odczynie Pirqueta?* Przy wykonywaniu odczynu Pirquet'a powinno się wykonywać badanie Alt-tuberkuliną i Leer-tuberkuliną (sama pożywka bez bakteryj). Pomiędzy działaniem na skórę histaminy. Leertuberkuliny i Alttuberkuliny niema żadnego związku, czasem po Leerbuberkulinie jest większa reakcja, co zależy od obecności *„anticutiny"*.

K. Lion: *Samoistne przebicie kamieni moczowodowych.* Autor podaje kilka historyj chorób i literaturę.

A. Stanck: *Wyniki doświadczalnego uszkodzenia kwasami i ich wartość przy cukrzycy i reumatyźmie mięśniowym. Hovaletten. Novo-Tropon.*

F. i E. Lehmann: *Nowe łóżeczko torfowo-mułowe.* Opis zalety.

O. Straus: *Rak i jego leczenie.* (dok.). Referat.

Nr. 52, 1930

K. Heim: *Wartość diagnostyki rentgenologicznej w położnictwie.*

S. Fleischmann: *Psychoterapja czynna.* Przy psychoterapji musi być uwzględniony stan fizyczny osobnika, jego konstytucja, stan nerwowy, a szczególnie system wegetatywny i wewnętrzno wydzielniczy; najdrobniejsze szczegóły życia powinny być rozpatrzone, nietylko erotyczne, ale i rodzinne, zawodowe i inne, aby sobie zapewnić większy wpływ na nie u danego pacjenta.

L. Dinkin: *Wyleczenie przewlekłej pokrzywki po zastosowaniu alkaljów per os* w ilości 20—30 g dziennie.

V. Šváb: *Lymphadenosis aleukaemica żołądka w obrazie rentgenologicznym.* Obraz przemawiał za *gastritis hypertrophicans polyposa.*

E. Eitner: *Kosmetyczna korektura wypukłego grzbietu nosa.*

F. Weyrauch: *O istocie odczynu Wassermanna.* Spis rzeczy za r. 1930.

H. Powązka (Kraków).

Archiv. für Gynäkologie.

T. 139. Z. 3.

Martius: *Zmienione postacie i inne nieprawidłowości dolnej części kręgosłupa i ich znaczenie patologiczne.* Nieprawidłowości w budowie dolnej części kręgosłupa często są przyczyną przykrych bólów w krzyżach i dlatego dla klinicysty, a zwłaszcza ginekologji mają niepoślednie znaczenie. Autor wymienia z tych nieprawidłowości niektóre. I tak często 5-ty krąg lędźwiowy budową swą odpowiada kręgom krzyżowym (*sakralizacja*) lub naodwrót pierwszy krąg krzyżowy podobny jest do kręgów lędźwiowych (*lumbalizacja*). Oprócz tych 2 głównych typów istnieje cały szereg mniej lub więcej wybitnych zmian asymilacyjnych, z których ważną jest np. zmiana polegająca na znacznem rozszerzeniu wyrostków poprzecznych, które w obrazie rentgenologicznem mają postać maczugowatą.

Autor wykonał odpowiednie zdjęcie rentgenologiczne u 100 pacjentek ginekologicznych i znalazł:

Dobrze zbudowany 5-ty krąg lędźwiowy bez śladów asymilacji w 61 przyp. Szerokie wyrostki poprzeczne, a płaski i nisko osadzony 5-ty krąg lędźwiowy w 19 przyp. Sakralizację 5-go kręgu lędźwiowego w 12 przyp. Lumbalizację 1-go kręgu krzyżowego w 8 przyp.

Autor nie podziela zapatrywania, jakoby przyczyną bólów w przypadkach sakralizacji był ucisk na nerw, lecz przypuszcza, że jeśli wyrostek poprzeczny jest szeroki i zgrubiały, wówczas przy pewnych ruchach może on przylegać z boku do kręgu 1-go krzyżowego, co może wywoływać ból. W miejscu kontaktu obu kości może się wytworzyć rodzaj stawu asymilacyjnego, a bóle mają charakter bólów okostnych i występują najwybitniej przy zginaniu kręgosłupa. W stawie takim często występują zmiany artretyczne, a obraz rentgenologiczny odpowiada zmianom przy *arthropathia deformans.*

Dolegliwości wywołane owemi asymilacyjnemi postaciami kręgosłupa występują dopiero po 20 roku życia, gdyż dopiero wówczas kończy się proces ossyfikacji części lędźwiowej i krzyżowej kręgosłupa, wyrostek poprzeczny staje się zbity i zgrubiały i wchodzi w kontakt z kręgiem krzyżowym.

Zdaniem autora atoli gra tu rolę i inny czynnik. W przypadkach spostrzeganych przez siebie bolesnej sakralizacji stwierdzić mógł mianowicie zawsze jakąś przyczynę okolicznościową powstawania bólów. Przyczyną taką były np. znaczne wysiłki fizyczne, podupadłe odżywienie, spadek na wadze, częste porody i t. p. Wszystkie te okoliczności, zdaniem autora, grają bardzo ważną rolę w etjologji bolesnej sakralizacji zwłaszcza u kobiet, u których statyka wogóle jest bardziej chwiejna niż u mężczyzn. Tem się też tłumaczy, dlatego u kobiet daleko częściej spotykamy sakralizację bolesną, aniżeli u mężczyzn. Do zwiększenia chwiejności statyki u kobiet przyczyniają się w wielkim stopniu procesy rozluźnienia połączeń kości miednicy, występujące w ciąży. Procesy te wywierają wielki wpływ na ogólną statykę aparatu miesnego i więzadłowego u kobiety i różne zmiany czynnościowe a przedewszystkiem na sam kształt kręgosłupa, a mianowicie jego skrzywienia na bok. Choć skoliozy te klinicznie mogą nie powodować żadnych dolegliwości, to jednak dowodzą one osłabienia ogólnej statyki.

Wszystko to tłumaczy dostatecznie, dlaczego u kobiet sakralizacja zwłaszcza asymetryczna wywołuje bóle krzyżowe. Sakralizacja bowiem osłabia sprawność aparatu więzadłowego i mięsnego, tak że granica jego wytrzymałości łatwiej zostaje przekroczona, łatwiej występuje wyczerpanie aparatu mięśniowego, którego praca musi wyrównać upośledzoną statykę, co powoduje bóle mięśniowe i nerwomięśniowe z powodu wyczerpania i znużenia.

Podobną niedomogę łacznie z postaciami asymilacyjnemi wywołać mogą i inne zmiany kręgosłupa jak np. rozszczepienie (*spina bifida occulta*), kręgozmyk i tp.

Schalyt: *O niektórych chemicznych właściwościach zawartości różnych tworów torbielowatych narządu rodnego, kobiecego.* Materjał użyty do badań obejmuje 60 przypadków. Z 50-ciu przypadków różnych nowotworów zbadano ponadto w 35-ciu histologicznie ściany guza. W 5-ciu przypadkach zbadano wolny płyn w jamie brzusznej i w 5-ciu wody płodowe w pierwszej połowie ciąży.

Z badań tych wynika, że zawartość soli w torbielach nowotworowych jest większa, w torbielach zastojowych zaś równa lub tylko nieco większa aniżeli w surowicy krwi danych chorych.

Zawartość ciał redukujących w torbielach zastojowych jest równa lub tylko nieco mniejsza jak w surowicy krwi. Torbiele nowotworowe albo wcale nie zawierają tych ciał lub też tylko w bardzo małej ilości.

Im większa jest zawartość soli w torbielach nowotworowych tem więcej przeważają bierne procesy fizyczno - mechaniczne. Stopień zawartości ciał redukujących wskazuje na proces czynny, a mianowicie na czynność nabłonka torbieli.

W ten sposób na podstawie chemicznych właściwości treści torbieli można w przeważnej liczbie przypadków wnioskować o charakterze nowotworu.

Lissowetzky: *W sprawie powstawania samoistnych pęknięć macicy.* Na podstawie danych w piśmiennictwie, jako też własnych spostrzeżeń sądzi autor, że w powstawaniu samoistnych pęknięć macicy zaburzenia mechaniczne porodu, jak położenie poprzeczne, osteomalacja, miednica ścieśniona, mają wielkie znaczenie i musi się je uważać za przyczyny usposabiające do pęknięcia. Twierdzi atoli, że pęknięcie przygotowują zmiany patologiczne w mięśniu macicy, które to zmiany mógł wykazać we wszystkich przypadkach pęknięć.

Różne procesy patologiczne, jako też sprawy zapalne, które stwierdził w różnych odcinkach macicy bardzo dokładnie, przemawiają zdaniem autora za tem, że pierwotną przyczynę tychże procesów są zmiany w naczyniach, zakrzepy, a nawet obliteracje naczyń, co powoduje rozległy obrzęk i następowe zmiany w tkankach.

Schepetinsky: *Charakterystyka stanu krwi w przypadkach schorzeń połogowych na podstawie obliczeń liczbowych.* Celem badań było wyjaśnienie, czy na podstawie badań krwi można uzyskać pewne dane, zwłaszcza co do rokowania w przypadkach schorzeń połogowych. Materjał użyty do badań obejmuje 450 przypadków, w których wykonano 940 badań krwi, a z tych 6580 obliczeń.

W każdem badaniu uwzględniono 7 wskazań, a mianowicie: 1) Stosunek ciałek czerwonych do hemoglobiny i abs. liczby limfocytów *(Miljatin).*

2) Wskaźnik t. zw. barwikowy odpowiadający formule $\frac{H}{2E}$ gdzie H oznacza procent hemoglobiny, a E stosunek ciałek czerwonych do 100.000.

3) Tysiąckrotny stosunek leukocytów do ciałek czerwonych (Bublitschenko).

4) Wskaźnik Krepsa (stosunek neutrofilów tj. myeloc. młodoc. pałeczk. i segm.) do limfocytów.

5) Stosunek leukocytów do limfocytów (Schepetinsky).

6) Wskaźnik Schillinga (przesunięcie obrazu krwi).

7) Stosunek neutrofilów (myeloc, młodoc. ipałecz.) do limfocytów (Bublitschenko).

Ze wszystkich tych wskaźników największą wartość kliniczną ma wskaźnik 7. Umożliwia on bowiem w 64,7% przypadków wykazać ogólne zakażenie z wynikiem śmiertelnym i odróżnić od innych schorzeń połogowych i ginekologicznych. Wartości graniczne tego wskaźnika są 2 — 7.

Również wskaźnik Nr. 5 wskazuje na ogólne zakażenie z wynikiem śmiertelnym w 60% przypadków. Jego wartość graniczna jest 10 i wyżej.

Wskaźnik 4 (Krepsa) ma mniejszą wartość w diagnostyce różniczkowej, gdyż tylko w 46.7% przypadków umożliwia rozróżnienie zakażenia ogólnego od sprawy miejscowej. Jego wartość graniczna jest 10 i wyżej.

Wskaźnik 6 (Schillinga) tylko w 20,3% przypadków daje możność rozpoznać ogólne zakażenie z grożącem zejściem śmiertelnem. Jego wartość graniczna = 1 — 3. Wskaźniki 1 i 3 klinicznie i rozpoznawczo nie przedstawiają żadnej wartości.

Wskaźniki Nr. 5 i 7 okazały się najważniejsze, a ponieważ materjał autora jest stosunkowo dość duży, więc sądzi, że należy robić dalsze próby i doświadczenia właśnie z temi dwoma wskaźnikami, tembardziej, że są one ważniejsze, aniżeli hemogramy.

Obraz ciałek czerwonych krwi nie ma żadnego praktycznego znaczenia w schorzeniach połogowych.

Raschkes: *W sprawie rumienia łuszczącego się noworodków.* Dokładny opis przypadku kazuistycznego zakończonego śmiercią, a charakterystycznego tem, że dziecko urodziło się już z wyraźnemi zmianami chorobowemi.

Klein: *10 lat eklampsji i jej leczenie.* Materjał ze szkoły położnych w Mainz z lat 10-ciu (1919—1928) obejmujący 7263 porodów. W zestawieniu tego materjału dzieli autor przypadki drgawek na przypadki pewne i niepewne. Za pewne uważa te przypadki, w których bez względu na to, czy przyszło do napadu drgawek, czy też nie, badanie wykazywało parcie krwi ponad 140 mm Hg, białko w ilości powyżej 3‰, obrzęki i bóle głowy. Wszystkie inne przypadki zestawia jako niepewne. W przypadkach grupy pierwszej rozróżnia takie, w któ ych wystąpiły drgawki i takie, w których drgawek nie było.

Na owe 7263 porodów było przypadków eklampsji 162, w tem pewnych było 81 = 1,7% i 36 niepewnych = 0,5%. Z przypadków pewnych było 81 = 64,3% z napadami drgawek, a 45 = 35,6% bez napadów. Pierwiastek było 103, wieloródek 59. Wiek chorych różny i bez znaczenia wyraźnego. (Liczne daty statystyczne zestawione są w wielu tabelach, co do streszczenia się nie nadaje).

Leczenie przez cały czas było indywidualne z zasadniczem uwzględnieniem tzw. średniej linji. Choć wyniki dotychczasowe były nienajgorsze, (śmiertelność matek 3,7%, przypadków z napadami 7,4%), to jednak w celu zmniejszenia dość znacznej śmiertelności dzieci (32%) zaczęto od roku 1928 postępować więcej czynnie, a w szczególności stosować częściej cięcie cesarskie.

W ogólnych zarysach postępowanie autora obecnie jest takie: W razie wystąpienia drgawek zaraz cięcie cesarskie lub operacja kleszczowa bez względu na to, czy dziecko żyje, czy też nie.

W przypadkach grożących drgawek upust krwi, dieta, diureza, spokój.

W innych przypadkach przedemklamptycznych ścisła dieta i stała kontrola.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 15 kwietnia 1931 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 25 marca 1931 r. odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne poświęcone członkowi honorowemu bTowarzystwa ś. p. prof. Dr. Karolowi Kleckiemu, co obecni uczcili przez powstanie.

Przyjęto głosowaniem na członka zwyczajnego kol. Izraela Srokę.

Kol. Doc. Zieliński wygłosił odczyt p. t. *„Schorzenia układu nerwowego a podział uczuć"* (autoreferat).

W dziedzinie zjawisk układu nerwowego, a przedewszystkiem zjawisk psychicznych badanie normy i zaburzeń szło rozbieżnemi drogami; aż do najnowszych czasów nie było punktów stycznych. Dopiero poglądy Janeta, Freuda, a w ślad za nimi badania Jaspersa, Bleulera stworzyły silną tendencję psychologiczną w psychjatrji, która znalazła pełny wyraz w szkole t. zw. neopsychologów i konstytucjonalistów, skupionych około zagadnień osobowości i struktury psychozy (Birnbaum, Binswanger, Kronfeld, Schilder, Berze, Minkowski, Kretschmer i inni). Zagadnienie konstytucji i osobowości zbliża definitywnie psychjatrję do psychologji i staje się jednako ważne dla obu nauk po załamaniu się psychologji eksperymentalnej. Wraz z tem zagadnieniem rola czynników uczuciowo-wolowych występuje na pierwszy plan. Możliwość nowego oświetlenia problemu uczuć na podstawie analizy psychologicznej schorzeń psychicznych zarysowuje się wyraźnie. Sprawa uczuć i ich podziału interesowały psychologję od dawna. Zarówno w koncepcji intelektualistycznej, która wyszła od Arystotelesa i znalazła oparcie w poglądach Herberta i Stumpfa, jak i koncepcji sensualistycznej wypracowanej przez Langego, Lehmanna i Jamesa, czysto uczuciowe formy przeżyć wyczerpują się w stanach przyjemności i przykrości. Bogactwo uczuć ma wynikać z kojarzenia się tych stanów z procesami spostrzegania i myślenia. Pierwotność i samoistność przejawów uczuciowych podkreślił silnie Kant, ale po za schemat przyjemności i przykrości wyszedł dopiero Wundt i wyróżnił trzy kategorje jakościowe uczuć: przyjemność i przykrość, podniecenie i przygnębienie, napięcie i zwolnienie. Podział ten wynika zdaniem Wundta z analizy reakcyj uczuciowych i spe-

cyficzności objawów im towarzyszących, wydobytych przez eksperyment psychologiczny (krzywe pneumograficzne, sfygmograficzne i pletyzmograficzne).

Mojem zdaniem słuszność koncepcji Wundta okazuje się w fakcie istnienia odrębnych zaburzeń układu nerwowego, w których każda z trzech wyróżnionych przez niego kategoryj jakości uczuciowych nadaje dominujące piętno swoistemu obrazowi chorobowemu. — W uczuciowości anormalnej możemy wyróżnić trzy rodzaje stanów: 1) Stany związane z samopoczuciem cielesnem, zależne od bólu lub przyjemności, 2) Stany skupienia uwagi lub myśli, związane z uczuciami napięcia i zwolnienia i z ich równomierną wymianą, 3) Stany podniecenia i przygnębienia, wyrażające nasze ustosunkowanie się na zewnątrz. W psyche prawidłowej te jakościowo różne stany przebiegają obok siebie i łączą się w harmonijną całość, nie spotykamy tu wyłącznego opanowania psychiki przez jeden z nich i nadmiernego ich trwania z wtórnem, głęboko sięgającem oddziaływaniem na sferę poznawczą. Analiza schorzeń układu nerwowego pozwala nam zilustrować te stany uczuciowe w odrębnych krańcowych wyrazach. Nerwica ze swojemi wahaniami dobrego i złego samopoczucia cielesnego, których punktem wyjścia są przykre doznania z pewnych odcinków ciała, naruszające równowagę wegetatywnego układu, różne rodzaje neuralgij i urazowych kauzalgij stanowią zobrazowanie kategorji uczuciowej przyjemności i przykrości. Psychozy schizofreniczne, w których ostrym przebiegu uderzają nas stany nadmiernego skupiania się, napięcia i zamknięcia, posunięte aż do osłupienia *(stupor)* obok stanów zupełnego rozluźnienia uwagi i rozhamowania sfery psycho-motorycznej, charakteryzują się osłabieniem aktywności psychicznej z następowem rozkojarzeniem i rozszczepieniem osobowości. Psychoza maniakalno-depresyjna w swoich fazach daje wybitne odźwierciedlenie uczuć podniecenia i przygnębienia z ich wyłącznem wpływem na całość psychiki chorego.

W świetle tych rozważań Wundtowska teorja trójwymiarowości uczuć wykazuje swoją żywotność jako głębokie i trafne wniknięcie w strukturę *thymo-psyche*.

W dyskusji zabierali głos kol. prof. Kostrzewski, kol. prelegent i kol. Miodoński.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 22 kwietnia 1931 r. odbytego wspólnie z Walnem Zebraniem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Kol. Prezes wita Polskie Towarzystwo Balneologiczne i zaprasza do objęcia przewodnictwa Prof. Korczyńskiego, Prezesa Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

Na porządku dziennym sprawy administracyjne i redakcyjne Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

Po wyczerpaniu porządku dziennego Prof. Dr. Korczyński wygłosił odczyt p. t. *„W sprawie lekarskiego i gospodarczego prestiżu polskiego zdrojownictwa"* (rzecz przeznaczona do druku).

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 29 kwietnia 1931 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokoły z ostatnich dwóch posiedzień t. j. z dnia 15 i 22 kwietnia 1931 r. odczytano i przyjęto.

1) Demonstracje z I-szej Kliniki chorób wewnętrznych U. J.

Kol. Braun przedstawia przypadek *Myelosis chronica aleucaemica*, omawia przebieg choroby i nowe metody badania zastosowane u chorej, t. j. punkcję szpiku kostnego.

2) Kol. Doc. Brzezicki przedstawia przypadek *Diplacusis echotica* i omawia stronę neurologiczną tegoż przypadku, stronę zaś otologiczną omawia obszernie kol. Miodoński.

3) Demonstracje z Kliniki Oto-rino-laryngologicznej U. J.

Kol. Miodoński przedstawia rzadki przypadek *carcinoma laryngis*, sprawiający duże trudności rozpoznawcze z powodu lokalizacji raka tuż pod struną głosową, omawia przebieg zabiegu operacyjnego, wykonanego u chorego i demonstruje preparat uzyskany podczas operacji.

W dyskusji zabiera głos kol. Spira.

4) Demonstracje z Kliniki Dermatologicznej U. J.

Kol. Romanowa przedstawia przypadek *lues tubero-serpiginosa* u chorej, która poprzednio przebyła *tbc. cutis* ze zmianami kiłowemi w miejscach dawnych blizn.

Kol. Reiss przedstawia przypadek *Erythema induratum Bazin* u 24-letniej kobiety, zmiany chorobowe, częściowo rozpadające się, umiejscowione są na obu podudziach.

Sekretarz doroczny: *Dr. St. Roman.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XIII posiedzenie naukowe odbyte dnia 1 maja 1930 r.

Przewodniczący: kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Mączewski przedstawia przypadek wrodzonego braku pochwy. Pacjentka lat 23, zamężna od 3 lat. Trzeciorzędne i niektóre drugorzędne cechy płciowe zachowane, budowa prawidłowa, konstytucja ogólna silna. Badanie ginekologiczne wykazało zupełny brak pochwy. Macica i przydatki szczątkowe. Przemiana materji spoczynkowa bez zmian. Po podaniu białka nieco wzmożona.

Omawiając ten przypadek podnosi prelegent, iż do niedawna nie mieliśmy takiej metody operacyjnej, dla wytworzenia sztucznej pochwy, któraby w podobnych przypadkach gwarantowała dobry, długotrwały wynik i nie narażała operowanej na śmierć lub kalectwo. W latach 1870—1900 stosowano operacje plastyczne, polegające na przeszczepianiu płatów błony śluzowej otrzewnej, płatów skórnych uszypułowanych lub wolnych (Bumm, Credé, Le Fort, Gersuny). Wyniki były na ogół złe. Płaty ulegały martwicy a kanał zarastał.

W roku 1911 (Schubert), a niezależnie od niego Popow, użyli do wytworzenia sztucznej pochwy odbytnicy. W tym czasie Baldwin, Mori, Haeferlin ogłosili swoje metody wytwarzania sztucznej pochwy z jelita cienkiego.

Operacja Baldwin-Mori dała ponad 20% śmiertelności — metoda Schuberta daje 3% śmiertelności, natomiast wielką chorobliwość i powikłania, przetoki kałowe, pęcherzowe, *incontinentia* i t. d. Wyłoniła się zatem kwestja wskazań. Zdania klinicystów były podzielone. Uważano poprostu zabiegi te za niecelowe i zbyt poważne, narażające zdrowe osoby na śmierć lub kalectwo. Niektórzy klinicyści odmawiali tym metodom wartości i nie wykonywali ich zupełnie.

Jednak niekiedy warunki zmuszają do wykonania tych zabiegów, warunki zupełnie od nas niezależne, wynikające ze stosunków chorej do męża.

Tego rodzaju wada rozwojowa bywa tragedją dwojga ludzi.

Z klinicystów polskich zwolennikiem metody Baldwin-Mori był Sołowij. Posiada on może największą indywidualnie statystykę sztucznej pochwy, gdyż operował 18 przypadków. Przed operacją uświadamiało się każdą chorą, że poddać się ma poważnemu zabiegowi, który spowodować może utratę życia. Gdy chora w ten sposób przygotowana zgadza się na zabieg, przystępywano do operacji.

Obecnie i Sołowij nosił się z zamiarem porzucenia tej metody operacyjnej i skłaniał się raczej ku metodzie Schuberta.

Rosner i szkoła krakowska hołdowała, acz niechętnie, operacji Schuberta. Przystępywano do tej operacji po uprzedniem uświadomieniu chorej o ciężkości zabiegu.

Szymanowiczowi w roku 1926 udało się wytworzyć z dobrym wynikiem sztuczną pochwę z błony śluzowej warg małych, co jest możliwe tylko wtedy, gdy wargi małe są bardzo przerosłe.

Ostatnio Wagner (ginekolog) i Kirschner (chirurg) ogłosili 2 przypadki wytworzenia sztucznej pochwy ze skóry metodą Tirscha. Uzyskali doskonałe wyniki. Technika zabiegu niezwykle prosta: Wytworzenie kanału pomiędzy kiszką stolcową a cewką moczową i pęcherzem, wprowadzenie do tego kanału protezy gumowej, na którą nakłada się wolne płaty skórne, pobrane sposobem Tirscha z zewnętrznej powierzchni ud.

W naszym przypadku postąpiliśmy w ten sam sposób, z małą modyfikacją, polegającą na tem, iż nałożyliśmy na protezę większą ilość płatów.

Operację tę wykonałem z kol. Doc. Grucą, który wziął na siebie część chirurgiczną.

Po dwu miesiącach od daty operacji stan następujący: pochwa długości 8—9 cm. zwęża się nieco ku górze. Do pochwy wchodzi swobodnie 2 palce. Z łatwością dają się założyć wzierniki łyżkowe. Ściany pochwy wszędzie pokryte skórą.

Metoda ta jest niezwykle prosta technicznie, nie naraża chorej na żadne niebezpieczeństwo, a jak się okazuje daje doskonały wynik.

Jakie będą dalsze losy operowanej, nie omieszkam Państwu donieść. Przed tygodniem puściłem ją do męża. Powróciła po kilku dniach pobytu b. zadowolona. W najbliższych dniach opuści zakład i będzie się zgłaszać od czasu do czasu do kontroli.

W dyskusji Kol. Sołowij zaznacza, że zajmował się sprawą wytwarzania sztucznej pochwy. Świetny efekt dawała metoda plastyki sztucznej pochwy z jelita cienkiego; miał 18 przypadków tego rodzaju, z tego 3 tylko stracone.

3. Kol. A. Falkiewicz wygłosił wykład p. t.: O zaburzeniach rytmu serca z uwzględnieniem elektrokardjografji jako metody rozpoznawczej (przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

4. Kol. J. Hanzel wygłosił wykład p. t. Stosunki lekarskie w Ameryce (wrażenia z pobytu w Stanach Zjednoczonych). Prelegent omówił warunki studjów, praktyki i stosunków w Ameryce w porównaniu ze stosunkami europejskiemi.

W *dyskusji* kol. Koskowski podnosi, że obok uniwersytetów amerykańskich, stojących na stosunkowo niskim poziomie naukowym, istnieją także większe uniwersytety, których poziom naukowy stoi bardzo wysoko.

Kol. Fels dziękuje prelegentowi za interesujące przedstawienie stosunków amerykańskich.

Kol. Hanzel w odpowiedzi Kol. Koskowskiemu zaznacza, że z powodu ograniczonego czasu nie mógł omówić wszystkich wrażeń i spostrzeżeń.

XIV. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 8 V 1931.

Przewodn. Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Seidl przedstawił wannę do częściowych, stopniowanych, gorących kąpieli według Hauffego, oraz zademonstrował kąpiel ręczną.

W dyskusji Kol. Fels podnosi, że sam posiada prostszą wannę od demonstrowanej przez Kol. Seidla (zrobioną za wskazówkami mówcy). Próbował on na sobie kąpieli ze skutkiem takim, jak po kąpielach gazowych.

3. Kol. Dobrzański przedstawił przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych, pochodzenia usznego, wyleczony, (przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji Kol. T. Ostrowski zaznacza, że często obserwował ropne zapalenie opon w związku z urazem czaszki. Podanie urotropiny dożylnie lub do kanału rdzeniowego daje dobry efekt albo też stosowanie szczepionki do kanału rdzeniowego. Pożądane również jest w tych przypadkach lecznicze nakłucie lędźwiowe.

Kol. Skrowaczewski zapytuje, czy w przedstawionym przypadku zajęty był także błędnik.

Kol. Dobrzański w odpowiedzi Kol. Ostrowskiemu: chora nie zgodziła się na nakłucie lędźwiowe; Kol. Skrowaczewskiemu: błędnika nie badano z powodu ciężkiego stanu chorej.

4. Kol. Seidler przedstawia dwa przypadki raka szyjki macicy, operowane sposobem Schauty - Stoeckla.

W leczeniu raka szyjki rozprządzamy trzema ogólnie przyjętemi metodami:

a) leczenie kombinowane radem i Roentgenem,

b) radykalna operacja Wertheima, t. zw. usunięcie całkowite macicy z przydatkami, z przymaciczami, wraz z całym aparatem chłonnym, (gruczoły kołoszyjkowe i wzdłuż przebiegu naczyń podbrzusznych i biodrowych).

c) rozszerzone całkowite wycięcie macicy drogą pochwy sposobem Schauty t. zn. usunięcie macicy wraz z przymaciczami i tkanką kołopochwową.

Wyniki lecznicze osiągnięte powyższemi metodami są zależne od charakteru nowotworu (płaskokomórkowego czy gruczołowego), od odporności ustroju i okresu schorzenia. Rozumie się samo przez się, że w pierwszej grupie wyniki będą bardzo dobre, tak po operacji jak i wyłącznie po naświetleniu, a w czwartej grupie równają się zeru. Wyleczenie względne t. j. przypadków nadających się do operacji osiągnięte drogą operacyjną lub naświetlaniem Roentgenem i radem, czy to operowane z następowem naświetlaniem Roentgenem wynosi 44 do 60%, a w pierwszej grupie osiągano nawet wyniki względnego wyleczenia operacją Wertheima 76 i ½% (Franc), a Curieterapją 77% (Döderlein), 80% (Lacasagne). Wyleczenie zaś bezwzględne t. j. obliczony odsetek wszystkich przypadków, t. zn. operacyjnych i nieoperacyjnych, zgłoszonych w danym okresie do leczenia, po leczeniu operacyjnem lub naświetlaniu radem i Roentgenem wynosi 20 do 28%. Wyniki więc operacyjne, jako też po naświetlaniu są prawie równe. Ujemną stroną operacji Wertheima jest jej wysoka pierwotna śmiertelność, dochodziła ona bowiem początkowo do 31%, (Seitz i Wertheim), obecnie dzięki opanowaniu techniki operacyjnej spadła na 20 a nawet 11%, a w przypadkach pierwszej grupy wynosi 6 do 7% (Kermauner, Weibel, Franc i td.), w przypadkach zaś granicznych 30%. — Odsetek śmiertelności na naszym oddziele po operacji Wertheima na 50 przypadków operowanych wynosi w pierwszej grupie 9%, a w drugiej, trzeciej i czwartej razem wziętych 33%. Przedoperacyjne naświetlanie Roentgenem lub radem przypadków zaawansowanych, zapoczątkowane przez Bumma i Mayera w celu zniszczenia mas nowotworowych i wyjałowienia ogniska pierwotnego znalazło dużo zwolenników. Dzięki temu bowiem postępowaniu zmalała pierwotna śmiertelność pooperacyjna, jak to i my mieliśmy się sposobność przekonać, o czem wypowiedzieliśmy się w pracy „O wartości przedoperacyjnego naświetlania raka szyjki macicy", ogłoszonej wspólnie z Kol. Lenartowskim i Grabowskim.

Zwolennicy Curieterapji widzą jej wyższość nad sposobami operacyjnemi w wynikach wyleczenia dorównowujących lub nawet przewyższających wyniki operacyjne i w minimalnej śmiertelności pierwotnej. Zauważyć jednak należy, że przecież śmiertelność po naświetlaniu raka szyjki macicy wynosi 3% (Adler, Eymer). Występują również powikłania dość często ze strony pęcherza jak przetoki, i ze strony moczowodów, z powodu blizn uciskających moczowody, powstałych wskutek zanikania nacieków nowotworowych przymacicza po naświetlaniu radem i Roentgenem. Przypadek taki przedstawiliśmy na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego. Jeśli chodzi o wyleczenie względne i bezwzględne raka ciała macicy, to ogół autorów przyznaje wyższość metodzie operacyjnej i to zwykłemu usunięciu macicy drogą brzuszną lub pochwową. Przyczyna lepszych wyników leży w tem, że najbliższe gruczoły chłonne, należące do aparatu limfatycznego ciała macicy znajdują się dopiero we wnęce nerki, nie przychodzi więc tak szybko do ich zajęcia, jak w raku szyjki macicy, mającej w swem najbliższem otoczeniu dużą ilość gruczołów chłonnych, a więc w tkance kołoszyjkowej, przymacicznej i wzdłuż naczyń podbrzusznych i biodrowych. Jak badania autorów wykazują gruczoły te już w pierwszej grupie raka szyjki macicy są zajęte nowotworowo w 11 do 13%, według naszego materjału operacyjnego w 13,6%, a grupach drugiej i trzeciej do 30%. (Badania histologiczne wykonane przez Dr. Schusterówną).

W ostatnich dziesięciu latach wielu operatorów niemieckich, Halban, Peham, Adler, Stoeckel chętnie ucieka się do operacji pochwowej Schauty w leczeniu raka szyjki macicy właśnie dzięki małej pierwotnej śmiertelności, którą Peham podaje na 4%, a Adler tylko 3% na 500 przypadków w ten sposób operowanych. Według zwolenników operacji pochwowej Schauty pozostawienie gruczołów wzdłuż przebiegu naczyń podbrzusznych i biodrowych nie wpływa na pogorszenie trwałych wyników wyleczenia, tem więcej, że i nóż operując sposobem Wertheima, nie jest w stanie ich wszystkich usunąć. Peham twierdzi nawet, że po usunięciu pierwotnego ogniska nowotworowego ewentualne zmiany nowotworowe w gruczołach otarbiają się i ulegają wstecznym zmianom. Stosując w dodatku bezpośrednio po operacji naświetlanie radem w ranie pooperacyjnej w okolicy przymacicz i wdłuż naczyń, niszczy się te ogniska nowotworowe w gruczołach i zapobiega się przez to nawrotom. W kilka tygodni po operacji stosuje się naświetlanie Roentgenem. Bezwzględne wyleczenie t. zn. wszystkich przypadków operacyjnych i nieoperacyjnych, osiągnięte tą metodą przez Adlera wynosi 32%. Są to najkorzystniejsze wyniki wyleczenia bezwzględnego raka szyjki macicy, jakie dotychczas osiągnięto. Stoeckel i Mikulicz-Radecki, mając na względzie wyniki uzyskane dotychczas czy to drogą operacyjną, czy Curieterapją dochodzą do słusznego wniosku, że stosując obie powyższe metody oddzielnie uzyskano już optimum. A przyszłość leczenia raka szyjki macicy leży w t. zw. koncentrycznym ataku polegającym na przedoperacyjnem naświetlaniu radem (6000 do 7000 mgh) na operacji radykalnej przez pochwę, w 4 do 6 tygodni po tem naświetlaniu i założeniu nabojów radowych w przymaciczach bezpośrednio po operacji w ilości 300 do 400 mgh. I wreszcie kończy leczenie w okresie rekonwalescencji naświetlaniem Roentgenem względnie radem. Naświetlanie przedoperacyjne ma następujące zalety: 1) oczyszcza ognisko nowotworowe, 2) czyni nieoperacyjny przypadek operacyjnym, 3) operuje się w tkance zdrowej. Zachęceni powyższemi wynikami wykonaliśmy w ostatnich czasach w dwóch przypadkach raka szyjki macicy *(Ca planocellulare)* operację Schauty w modyfikacji Stoeckla, którą w szczegółach pozwolę sobie Państwu przedstawić. Przedwstępnym aktem do właściwej operacji jest nacieczenie 200 cm³ roztworu soli fizjologicznej z dodatkiem 1 cm³ adrenaliny (1 : 1000) wzdłuż nacięć Schuchardta tylnej i bocznej ściany pochwy i wokół części pochwowej celem anemizacji pola operacyjnego. Pierwszy akt operacji to odpreparowanie manszetu wokół części pochwowej nowotworowo zmienionej, uprzednio Paquelin'em przygotowanej, i zeszycie go szczelne długiemi nitkami jedwabnemi. Następnie po dokładnem wyjałowieniu pola operacyjnego, zmianie narzędzi kompresów, płaszczy i td. przystępuje się do drugiego aktu: odpreparowania pęcherza, moczowodów (najtrudniejsza część operacji) odwiązania więzadeł, przydatków i tętnic. Dzięki tej metodzie zabiera się całą tkankę przymaciczną i przypochwową, co jest najistotniejszem w leczeniu operacyjnem raka szyjki macicy. Trzymając się ściśle wskazówek podanych przez Stoeckla operowaliśmy w lecznicy O. Z. K. Ch. dwa przypadki raka szyjki macicy u wieloródek lat 39 i 47. W drugim przypadku napotkaliśmy na znaczne trudności

z powodu guzów w przydatku macicy. W tym ostatnim założyliśmy bezpośrednio po operacji przymacicza naboje radowe w rurkach szklanych na 22 godzin (Dr. Sperber). Operacji dokonaliśmy w znieczuleniu lędźwiowem perkainą; chore zniosły zabieg, chociaż długotrwały, bardzo dobrze. Uraz pooperacyjny minimalny. W okresie rekonwalescencji otrzymały chore pełną serję naświetlań rentgenowskich. Przypadki oba nie były przed operacją naświetlane.

5. Kol. Moraczewski wygłosił wykład p. t. *„O wpływie diety na skład krwi i wydzielanie niektórych składników w moczu"*. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 23, 1931).

W dyskusji Kol. Fels podnosi doniosłe znaczenie wyniku przedstawionych badań dla praktyków. Stanowią one niejako przewrót w dotychczasowych pojęciach, skoro n. p. dieta białkowa zmniejsza zawartość kwasu moczowego, a węglowodanowa zwiększa. W odpowiedzi Kol. Moraczewski zaznaczył że są to tylko wyniki początkowych doświadczeń, a dalsze badania są w toku.

XV posiedzenie naukowe odbyte dnia 15 V 1931.
Przewodn. Kol. J. Marischler.

1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Grabowski przedstawia rentgenogramy, pochodzące z 8-miu *przypadków zwapnień opłucnowych*. Omawia historję choroby tych przypadków. Najczęściej zmiany te występują po ropniakach jamy opłucnowej i w następstwie hemotoraksu. Zaledwie w dwóch z przedstawionych przypadków znaleźć można zmiany gruźlicze w płucach. Badanie rentgenologiczne stanowi jedyną pewną metodę, pozwalającą na rozpoznanie *in vivo*.

Z kolei przedstawia *rzadki przypadek zwapnienia osierdzia* z wytworzeniem blaszki wapiennej nad komorą lewą. Obraz kliniczny i przebieg choroby, jak przy zarośnięciu worka osierdziowego.

3) Kol. Ziembicki W. przedstawia a) dwa przypadki ropni płucnych, leczonych sztuczną odmą piersiową. W jednym z nich naciek, częściowo ropiejący i wydzielający cuchnącą, zgorzelinową treść, leżał, jak przeważną ilość ropni płucnych, w prawem płucu i przytykał do wnęki. Sztuczna odma działała bardzo korzystnie, naciek uległ uciskowi, plwocina ustała, temperatura spadła, chora w dobrym stanie opuściła szpital, mając się zgłosić do kontroli. W drugim przypadku, również w prawem płucu, znajdowały się dwa ropnie, każdy wielkości mandarynki, jeden w polu podszczytowym, drugi przy wnęce. Wypełnione były do połowy cieczą, do połowy gazem. Odma podziałała znakomicie i doprowadziła do zupełnego zapadnięcia się i zbliznowacenia jam zgorzelinowych. Stan zupełnego wyleczenia utrzymuje się już od połowy lutego b. r., chora, którą prelegent przedstawia czuje się zdrową, zgłasza się tylko od czasu do czasu do kontroli. Prelegent powołuje się na poprzednie swoje pokazy w tej sprawie i przypomina, że po raz pierwszy w Towarzystwie lekarskim dnia 25 stycznia 1929 zwrócił był uwagę na dziwną częstość pojawiania się ropni zgorzelinowych w płucach, począwszy od drugiej połowy r. 1928. Dotychczas obserwował 12 przypadków. Zasadniczo skierowywał je na oddział chirurgiczny, gdzie wykonywano opróżnienie, połączone w jednym przypadku z torakoplastyką. Wyniki leczenia chirurgicznego były przeważnie pomyślne, z wyjątkiem przypadków, rokujących źle z powodu ciężkiego stanu. Natomiast odmę sztuczną zastosowano w tych przypadkach, gdzie ropień leżał głęboko, w okolicy wnęki, gdzie więc dostęp chirurgiczny był wysoce utrudniony. Ogółem zastosowano odmę w 4 przypadkach, z czego 3 w ten sposób wyleczono zupełnie, jeden zaś, oporny z ropniem wielokrotnym i naciekami, oddano w ręce chirurga z chwilą, gdy powstało powikłanie w postaci ropnego otoku opłucnowego. Pokazy swe objaśnia prelegent zdjęciami rentgenowskiemi.

Kol. Ziembicki W. omawia następnie b) przypadek gwałtownego zejścia kamicy żółciowej. U chorej, która pomimo powtarzających się napadów i stanów podgorączkowych ze zmienną żółtaczką, nie chciała poddać się zabiegowi operacyjnemu, doradzanemu przez prelegenta, — nagle wystąpiła ciepłota do 40° z dreszczami, a w dzień później przyszło do zejścia śmiertelnego. Sekcja wykazała wielki kamień wypełniający całe wnętrze woreczka żółciowego, a mały kamyk *w papilla Vateri*. Kamyk ten zatkał zupełnie przewód trzustkowy, w następstwie czego przyszło do nagłego i zupełnego zniszczenia trzustki, z objawami rozpadu i nekrozy Balzerowskiej. Mowca omawia teorje tego procesu, a przypadek przedstawia jako ostrzeżenie, przypominające nieobliczalność kamicy żółciowej.

W dyskusji Kol. T. Ostrowski ad a) zwraca uwagę, że rzeczywiście stanowisko chirurgów i internistów, co do postępowania w przypadkach ropni zgorzelinowych jest obecnie jednomyślne. Zbyt wcześnie przy pierwszych objawach nie należy operować, dopiero po pierwszym okresie, nie dłużej jednak jak 2 tygodnie. O ile odma nie daje należytego efektu należy wykonać zabieg, nie zwlekać jednak dłużej niż 2 tygodnie. Technika zabiegu w przypadkach ropni zgorzelinowych jest obecnie nieco zmieniona. Robi się cięcie podłużne, wycina kilka żeber — dostęp przez to jest dobry. Od początku istnieją dobre warunki dla zapadania się płuca. Jest to rodzaj częściowej torakoplastyki.

ad b) zwraca uwagę na coraz częściej spotykane powikłania ze strony trzustki w przypadkach kamicy żółciowej.

Kol. Gąsiorowski zapytuje, czy etjologicznie nie wiąże się to występowanie ropni zgorzelinowych z grypą. Czy ropnie te występowały podczas epidemji grypy czy nie. Korzystne działanie odmy tylko w początkowych okresach ropni odnosi do podniesionego przez Nowickiego grubienia ścian ropnia.

Kol. Węgrzynowski zwraca uwagę, że często chorzy na proponowany zabieg operacyjny w przypadkach ropni zgorzelinowych nie godzą się, oraz wspomina o możliwości pęknięcia ropnia i powstania otoku w przypadkach leczonych odmą. Kol. Grabowski przedstawia rentgenogramy dwu przypadków ropni płucnych z klin. wewn. i wspomina, że w przypadkach tego rodzaju tworzą się wcześnie zrosty, uniemożliwiające należyty ucisk.

Kol. Ziembicki W. zaznacza w odpowiedzi kol. Gąsiorowskiemu, że bezpośrednia łączność przypadków ropni płucnych z grypą była wątpliwa, obserwował zresztą przypadki, występujące po gorączce połogowej, albo n. p. po sprawie zapalnej w migdałkach. Powtarza, że odma uciskała znakomicie ściany ropnia, pomimo, że są one w tych przypadkach grube i twarde, jak to wiemy z protokołów sekcyjnych. Kol. Węgrzynowskiemu w odpowiedzi nadmienia, że samo leczenie t. zw. internistyczne zapomocą salwarsanu i t. p. bez leczenia chirurgicznego czy też odmowego, uważa za stratę czasu.

Kol. Ostrowski wyjaśnia, że obecnie częściej spotyka się zatory pooperacyjne i t. zw. chorobę Burgera. Według opinji zjazdu chirurgów pozostaje to w związku z grypą. Po epidemji grypy u ludzi zdrowych krąży jakiś zarazek, który powoduje obie choroby. Możliwe, że i w etjologji ropni płuc zgorzelinowych to podłoże odgrywa pewną rolę.

4) Kol. Heftel wygłosił wykład p. t. Walory zdrojowe Szczawnicy i jej wskazania lecznicze. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 25, 1931).

W dyskusji Kol. Węgrzynowski zaznacza, że wielką wadą Szczawnicy jest przedewszystkiem brak odpowiedniego sanatorjum.

A. Falkiewicz, sekretarz doroczny.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dn. 26 maja 1931.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 19 maja 1931 roku przyjęto.

2. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3. Kol. A. Stępowska wygłosiła odczyt p. t. „Zaburzenia oddechowe w przebiegu jąkania z uwzględnieniem badań elektrycznych nerwu przeponowego i przepony *(chroniaxie)*. (Streszczenie własne).

Mowa jest procesem psychofizycznym; w swoim składniku fizycznym, jak Francuzi nazywają *„language exterieur"*, jest ona współpracą trzech czynników: oddychania, fonacji i artykulacji. Jąkanie jest następstwem skurczów w zakresie mięśni wyżej wymienionych funkcyj. Skurcze te mają początkowo charakter kloniczny. Pacjent powtarza kilkakrotnie tę samą zgłoskę, po pewnym okresie czasu, skurcze zyskują na natężeniu i przybierają charakter toniczny. Po pewnym okresie trwania tej nerwicy, skurcze przenoszą się na tułów, kończyny i t. d. Skurcze te nazywamy współruchami. Nerwica ta jest prawdopodobnie wyrazem, z jednej strony, wzmożonego impulsu do mówienia, z drugiej strony pewnej niedomogi mięśniowej. Badania pobudliwości elektromotorycznej mięśni, z uwzględnieniem badania przepony, jako głównego mięśnia oddechowego, wykazały: 1. obniżenie pobudliwości na prąd stały, 2. zdwojenie czasu pobudliwości *(chronaxie)*. Powyższe dane są wyrazem ogólnej hipotonji mięśniowej, potwierdzonej u osobników jąkających się, wynikami badania surowicy krwi odnośnie do zawartości składników mineralnych. Wapno u odnośnych chorych znajdowano w ilości prawidłowej, fosfor natomiast wykazywał stale znaczne obniżenie (1—2 mg na 100 cm^3 surowicy krwi). Karmienie preparatami fosforowemi (z polskich preparatów Phosphit Spiessa) wpływają korzystnie na omawianą nerwicę w sensie wyżej wspomnianym.

Zaburzenia oddechowe w przebiegu jąkania, rozpatrywane z punktu widzenia objawów ruchowych mięśni wydechowych (bo tylko faza wydechu odgrywa rolę w akcie mówienia) przedstawiają pewne anomalje dotyczące rytmu, natężenia i toru oddechowego.

Widzimy formy jąkania, w których zaburzenia oddechowe wysuwają się na plan pierwszy, widzimy inne, w których zaburzenia te są minimalne.

Prześwietlenie Roentgenem przepony w czasie, gdy badany mówi, wykazuje zaburzenia w rytmie, wskutek nieregularnych tj. zbyt częstych wdechów. W innych przypadkach stwierdzamy, że podczas gdy chory mówi, przepona unosi się ku górze będąc w fazie wydechowej, lecz ruch ten jest niejednostajny, przerywany przestankami.

W końcu obserwujemy, że przepona opada ku dołowi, klatka piersiowa znajduje się w stanie najgłębszego wdechu, chory usiłuje mówić nie rozporządzając prawie żadnym zapasem powietrza wydechowego.

Badanie toru oddechowego u pacjentów jąkających się wykazuje:

1) Typ oddechowy piersiowy bezwzględnie przeważa zarówno u kobiet, jak u mężczyzn.

2) Synchronizm między fazą wydechu, fonacją i artykulacją jest zaburzony.

3) Faza wydechowa, która w warunkach fizjologicznych w czasie mówienia wynosi 18—25 sekund, ulega skróceniu do kilku sekund zaledwie.

4) Zdolność powolnego wypuszczania powietrza jest zniesiona. Chorzy wydalają całą rezerwę powietrza naraz z chwilą, gdy zaczynają mówić.

5) Oddychanie odbywa się w czasie mówienia przez jamę nosową.

6) Amplitudy oddechowe są znacznie zmniejszone, klatka piersiowa jest jakby zablokowana w fazie wdechowej.

7) Ilość zużywanego powietrza dochodzi do 300 względnie 400 litrów na godzinę.

Zaburzenia oddechowe, powyżej wspomniane, musimy rozpatrywać z punktu widzenia fenomenów ruchowych. Oddychanie jest czynnością mięśni. Jest więc ruchem.

Dyskusja:

Kol. M a ń k o w s k i skierował do prelegentki szereg pytań.

Kol. Zdz. G o r e c k i (streszczenie własne) zapytuje, czy podane przez prelegentkę liczby, dotyczące hiperwentylacji należy uważać za przekonywujące. Spoczynkowa wentylacja u zdrowych wynosi 4 do 8 litrów na minutę, badania własne mowy wykazały, że człowiek dorosły wentyluje w litrach na minutę 1/10 swej wagi w kg; np. człowiek ważący 60 kg, wentyluje 6 litrów na minutę. Jeżeli zaś istotnie w badaniach prelegentki hiperwentylacja miała miejsce, wtedy spodziewać się należy przejściowej alkalozy we krwi. W badaniach prelegentki bezpośredniego dowodu istnienia alkalozy nie mamy, gdyż oznaczenie fosforu nie daje pod tym względem żadnych podstaw. G. zapytuje, czy jednak możliwość istnienia alkalozy nie tłumaczyłaby wyniku badań prelegentki, wobec tego, że alkaloza ma dowiedziony wpływ na pobudliwość układu nerwowego, jak to wykazują badania, choćby u nas przeprowadzone przez Władysława S t e r l i n g a, który wywoływał napady padaczkowe przez dowolną hiperwentylację. Podobnie wiemy, że moment alkalozy gra rolę w powstawaniu tężyczki (tetanji).

Kol. S t ę p o w s k a stwierdza, że badania fosforu, na których się opiera, były przeprowadzone na dzieciach jąkających się, które zgłaszały się do poradni prowadzonej przez prelegentkę. Liczby podawane przez prelegentkę tyczą wentylacji u dzieci i dlatego wydają się niskie.

4) Kol. A. H u s z c z a wygłosił odczyt p. t. „Odczyny biologiczne krwi na zmiany ciśnienia atmosferycznego“ (streszczenie własne).

Chcąc dać obraz zmian, zachodzących we krwi pod wpływem wahań ciśnienia atmosferycznego zarówno w dół, jak i w górę, prelegent przytacza naprzód niektóre dane, dotyczące istoty oddziaływania ciśnienia atmosferycznego na ustrój, podając jednocześnie granice wytrzymałości człowieka na wzrost i spadek ciśnienia barometrycznego. Granice te wahają się pomiędzy + 6 atm. w górę, a 300 mm Hg w dół. Decydującym czynnikiem jest tu ciśnienie częściowe tlenu, jak to wykazał już P. Bert (1878), a potwierdził i pogłębił cały szereg późniejszych badaczów.

Krew jest tą tkanką ustroju, na którą spada cały ciężar wahań prężności tlenu w otaczającej atmosferze. Nie zachowuje się ona biernie wobec tych oddziaływań, lecz reaguje czynnie, usiłując przywrócić zachwianą równowagę wymiany oddechowej zarówno w płucach, jak w innych narządach i tkankach ustroju.

A. Zmiany we krwi pod wpływem spadku ciśnienia atmosferycznego (hipobarji): wzrost liczby czerwonych ciałek i hemoglobiny, stwierdzony zapomocą badań na zwierzętach i ludziach — w górach oraz w komorach depresyjnych. Jest to polyglobulja prawdziwa, nie zaś rzekoma, jak to przypuszczali początkowo niektórzy autorzy. Mechanizm powstawania tych zmian we krwi i rola, jaką w nim odgrywa śledziona oraz narządy krwiotwórcze. Celowość tych odczynów w akcie przystosowania się ustroju do niedoboru tlenu we krwi i tkankach ciała.

B. Zmiany we krwi pod wpływem wzrostu ciśnienia atmosferycznego (hiperbarji): spadek liczby czerwonych ciałek i hemoglobiny, stwierdzony szeregiem badań u zwierząt i ludzi — w komorach depresyjnych oraz przy pracy w kesonach pneumatycznych. *Anaemia caissonica.* Lecznicze działanie tlenu w stanach polycytemicznych.

Wyjaśnienie mechanizmu powstawania tych zmian we krwi. Trujące działanie na organizm czystego tlenu. Zmniejszona lepkość krwi pod wpływem wysokich ciśnień barometrycznych. Rola różnych czynników, mogących wpływać na powstawanie oligocytemji (zahamowanie erytropoezy, szybszy rozpad czerwonych ciałek, utrudnione przechodzenie czerwonych ciałek z narządów krwiotwórczych do krwiobiegu).

Całokształt badań, dokonanych w ciągu ostatnich lat 50, nad wpływem wysokich, jak i niskich ciśnień. Powstająca obecnie w Warszawie komora depresyjna przy Centrum badań lotniczo-lekarskich da możność prowadzenia rozległych doświadczeń w tej dziedzinie.

Kol. M a ń k o w s k i (streszczenie własne).

Co się tyczy zmian we krwi, to następują one później; bierze w nich udział śledziona, jak to stwierdzili jeszcze w 1925 r. członkowie Komisji Angielskiej na Andach. Później w r. 1927 bułgarski fizjolog prof. O z a c h o w a c na zdjęciach rentgenograficznych śledziony, otoczonej metalowemi klamerkami u żywego zwierzęcia, stwierdził zmiany wymiarów śledziony podczas wahań ciśnienia atmosferycznego; O z a c h o w a c wnioskuje, że śledziona jest zapasowym rezerwoarem dla krwi i uczestniczy w wysiłkach ustroju przeciwdziałając zmianom ciśnienia atmosferycznego. Ponieważ według referatu prelegenta zmiana ciśnienia w stronę zmniejszenia zawsze wywołuje powiększenie liczby komórek czerwonych w stosunku do osocza *(polycytaemia)*, a przy powiększeniu, odwrotnie, *(oligocytaemia)* pragnąłbym, aby prelegent wytłumaczył w jaki sposób śledziona może wywoływać podobne zmiany stosunkowe płynu i komórek czerwonych.

Kol. W. O r ł o w s k i wspomina prace doc. K a u l b e r s c h a tyczące wpływu zmniejszonego ciśnienia na skład krwi. Zmniejszone ciśnienie działa nietylko na zachowanie się liczby krwinek czerwonych, ale na ich rozmiar, co dowodzi wpływu ciśnienia na szpik. Śledziona pod wpływem obniżonego ciśnienia kurczy się, wyrzucając z siebie krwinki czerwone; nie zwiększa się wtedy ilość płynu krążącego, ale liczba i objętość krwinek czerwonych. Wzmaga się również liczba retikulocytów.

Kol. A. H u s z c z a (streszczenie własne).

Odpowiadając na kwestje, podniesione w dyskusji, prelegent zaznacza, że wobec olbrzymiego materjału, jaki miał do omówienia nie mógł lub nie zdążył poruszyć wszystkich szczegółów zagadnienia. Uzupełniając dane, przytoczone co do roli śledziony w mobilizacji rezerw krwi w stanach ostrej anoksemji, przytacza wyniki prac doświadczalnych, które wykazały, że ogólna objętość krwinek w 100 cm³ krwi wyraźnie wzrastała przy zastosowaniu asfiksji, zarówno jak i zawartość żelaza we krwi.

Co do pewnych cech krwi, występujących przy działaniu obniżonego ciśnienia i świadczących o wzmożonej regeneracji krwinek, wyjaśnia, że już w pracy Schaumana i Rosenquista (1898) przeprowadzono pomiary średnicy czerwonych ciałek, które wykazały powiększenie się ich przy równoczesnem ukazywaniu się ciałek jądrzastych. B a r c r o f t w swej pracy p. t. *„The respiratory function of the blood“* (1925) podkreśla fakt występowania we krwi, pod wpływem obniżonego ciśnienia, ciałek czerwonych o strukturze siatkowej, co świadczy również o wzmożonej akcji krwiotwórczej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

R u c h s u ż b o w y w P a ń s t w o w e j S ł u ż b i e Z d r o w i a za m. czerwiec 1931 r. W Zarządzie Centralnym: zwolnieni: Dr. Rudolfowa Marja, prow. Radca ministerjalny w VI. st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 24 czerwca 1931 r. — Dr. Popławska Helena, prow. referendarz w VII. st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 27 czerwca 1931 r. — Poradowska Janina, prow. rejestrator w X. st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewn. z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem

z dnia 27 czerwca 1931 r. — Przeniesieni w stan nieczynny: Podbielski Jan, Radca ministerjalny w VI. st. sł. w Min. Spraw Wewn., na podstawie art. 54 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 30 czerwca 1931 r. — Dulębina Stanisława, adjunkt kancelaryjny w VIII. st. sł. w Min. Spraw Wewn., na podstawie art. 54 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 30 czerwca 1931 r. — Blusowa Marja, rejestrator w X. st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewn., na podstawie art. 54 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 30 czerwca 1931 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: zwolnieni: Głodowski Ludwik, asystent w VIII. st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, zgodnie z postanowieniami art. 60 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 30 czerwca 1931 r. — Przeniesieni w stan nieczynny: Rabinowicz Helena, asystent w VIII. st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na podstawie art. 54 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 30 czerwca 1931 r. — Szwojnicka Zofja, asystent w VIII. st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na podstawie art. 54 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 30 czerwca 1931 r.

We władzach II. instancji: zwolnieni: Dr. Lesiewicz Stanisław, prow. inspektor lekarski w VII. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Lubelskim w Lublinie, z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 8 czerwca 1931 r.

We władzach I. instancji: przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Jaworowski Jan, lekarz powiatowy w VI. st. sł. w Starostwie Powiatowem w Augustowie, na własną prośbę z dniem 30-go czerwca 1931 r. dekretem z dnia 22 maja 1931 r. — Dr. Zielonka Michał, lekarz powiatowy w VI. st. sł. w Starostwie Powiatowem w Opatowie, na podstawie art. 29 ustawy emerytalnej z dniem 30 czerwca 1931 r. dekretem z dnia 29 maja 1931 r.

Z Państwowej Szkoły Higjeny. Dnia 25 lipca b. r. zakonczony został w Państwowej Szkole Higjeny trzytygodniowy kurs przeszkolenia higjenicznego dla nauczycielstwa szkół powszechnych, organizowany przy współudziale i poparciu Ministerstwa Wyzn. Rel. i Oświec. Publicznego. W kursie uczestniczyło nauczycielstwo ze wszystkich województw Polski. Po sprawozdaniu z przebiegu kursu kierownika, Dra M. Kacprzaka, przemawiali: Dr. Hryszkiewicz, w imieniu Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn., oraz Dr. W. Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny. W imieniu wszystkich słuchaczy jeden z uczestników wyraził podziękowanie prelegentom i organizatorom kursu, poczem rozdane zostały uczestnikom świadectwa.

W tych dniach zakończony został w Państwowej Szkole Higjeny trzymiesięczny kurs Higjeny i Medycyny Tropikalnej, organizowany przy współudziale Instytutu Emigracyjnego i Kolonjalnego. W kursie uczestniczyło 20 słuchaczy, przeważnie lekarzy. Na zakończenie kursu uczestnicy odbyli wycieczkę do Wejherowa do obozu emigracyjnego i Gdyni, gdzie wzięli udział w Zjeździe Higjenistów i zapoznali się z sanitarnemi urządzeniami portu.

Kraków.

Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Krakowie zawiadamia w związku z ogłoszonym spisem referatów zgłoszonych na Zjazd: Dr. Seweryn Sterling, ordynator Szpitala Starozakonnych fund. małż. Poznańskich w Łodzi, prosi o zaznaczenie, że z pośród zgłoszonych przezeń w imieniu łódzkiego Towarzystwa Lek. Pol. prac, pierwszych pięć pochodzi nietylko ze Szpitala Starozakonnych w Łodzi, lecz także z Oddziału wewnętrznego Szpitala Łódzkiej Kasy chorych im. Prez. I. Mościckiego (Kierownik Dr. S. Minc).

Dr. A. Sokołowski (Kraków) zawiadamia: „W związku z moją pracą p. t.: „Przypadek przewrażliwości względem atofanu“ (P. G. L. Nr. 21. r. 1931) zaznaczam, że jako atofanu i atoianylu nie używałem wyrobów Firmy Schering-Kahlbaum, lecz środków zastępczych.

Zjazd Esperantystów w Krakowie. W pierwszych dnia sierpnia pozostawał Kraków pod hasłem Esperanta. Sztuczny ten język, który jak w innych dziedzinach, tak najbardziej w medycynie chce stworzyć silnie odczuwany jako potrzeba jednolity łącznik porozumiewawczy międzynarodowy, powstał na ziemi polskiej, a twórcą jego był rodak nasz warszawski okulista Dr. Ludwik Zamenhof. Propaganda przeszło czterdziestokilkuletnia spowodowała opanowanie całego szeregu dziedzin międzynarodowych. Kraków uczcił twórcę Esperanta przemianowując jedną z ulic śródmieścia (Niecałą) nazwą Dra Ludwika Zamenhofa, oraz umieszczając marmurową tablicę pamiątkową ku czci twórcy u zbiegu ulic Zamenhofa i Potockiego.

W ramach Kongresu Esperantystów jeden dzień był przeznaczony na obrady Wszechświatowego Związku Lekarzy-esperantystów (Tutmonda Esperanta Kuracista Asocio). Jest to naukowo-lekarska organizacja, której obecnym prezesem jest znany gastrolog warszawski Dr. Róbin, a której organem jest miesięcznik lekarski „Internacia Medicina Revuo“, wychodzący od szeregu lat w Brukseli pod redakcją Prof. Vanverts (Lille) i Kempenersa (Bruksela) z licznymi współpracownikami, rozsianymi po całym świecie. Dnia 6 sierpnia zebrali się w pięknie udekorowanej sali Krak. Tow. Lek. lekarze-esperantyści w liczbie 55 osób. Z wybitniejszych obcokrajowców należy wymienić: Prof. Masao Suzuki z Japonji, Prof. Giorgio Canuto z Włoch, Dra Philippet z Paryża, Drów Bulyovszky i Kondacs z Węgier, Dra Schoofs z Antwerpji, Dra Howard Frost z Kalifornji i w. in. Depesze powitalne nadesłali: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Redakcja „Gastrologji Polskiej“, Prof. Hazime Asada z Nagasaki, Dr. Stamatiadis z Aten, Dr. Briquet z Lille i wielu innych. Powitali Zjazd osobiście w imieniu Izby Lekarskiej Krakowskiej Doc. Dr. Zieliński, Krak. Tow. Lekarskiego Pułk. Dr. Maciąg, Centralnego Zarządu Ruchu Esperanckiego p. John Merchant z Sheffield, Pow. Związku Esper, p. John Karsch z Drezna, Związku Naukowo-Esper. Prof. Bujwid z Krakowa i inni.

Zjazd otworzył Dr. Blassberg, krakowianin, były prezes TEKA. Przewodniczył Zjazdowi naprzemian Dr. Róbin z Warszawy, obecny prezes TEKA i Dr. Blassberg. Po wypełnieniu części naukowej, składającej się z odczytów Prof. Canuto z Turynu (O nowem prawie karnem we Włoszech i stosunku jego do lekarzy), Dra Bulyovszkiego z Węgier (O ochronie matki i dziecka na Węgrzech), Dra Blassberga (O starożytnym fakultecie lekarskim krakowskim i sławnych lekarzach krakowskich), Drа Leona Zamenhofa z Warszawy (O rozwoju partactwa lekarskiego) — nastąpiła ożywiona dyskusja. — Po załatwieniu spraw organizacyjnych i ogłoszeniu, że przyszła konferencja lekarzy-esperantystów odbędzie się w roku przyszłym w Paryżu, odbył się wśród miłego nastroju wspólny obiad w restauracji Hotelu Francuskiego. — Po południu o godz. 5-tej wyjechali uczestnicy autobusami do Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie, gdzie gości bardzo serdecznie podejmował Dyrektor Zakładu Dr. Stryjeński. Goście podzieleni na grupy szczegółowo zwiedzili Zakład, wyrażając się z uznaniem o jego nowoczesnych urządzeniach i wzorowem Kierownictwie.

Biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy. Przy Izbie lekarskiej w Krakowie otwarto z dniem 1 sierpnia b. r. „Biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy“, istniejące dotąd przy Związku Lekarzy Kas chorych. Biuro jest czynne w poniedziałki od godz. 18—19 i czwartki od 12—13.

Lwów.

Nowi docenci. Minister W. R. i O. P. zatwierdził uchwałę Rady wydziału lekarskiego uniw. Jana Kazimierza we Lwowie, mocą której dr. Władysław Stefan Dobrzaniecki został habilitowany jako docent chirurgji na tymże wydziale.

IX. Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie na Walnem Zgromadzeniu dnia 24 maja 1931 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski: I. Stwierdzając, że rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi może częściowo złagodzić ujemne skutki niedostatecznej ilości liczby miejsc w zakładach psychjatrycznych, oraz, że rozwój tej opieki jest zgodny z nowoczesnemi tendencjami lecznictwa psychjatrycznego — IX-ty Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz państwowych, samorządowych oraz do społeczeństwa z prośbą o wydatne poparcie rozwoju opieki pozazakładowej, jako ważnego działu opieki społecznej i do władz państwowych o nadanie tej postaci opieki podstaw prawnych; II. Uważając sprawę zapobiegania nerwicom i ich leczenie za jeden z bardzo ważnych punktów programu higjeny psychicznej i wobec niemożności sanatoryjnego leczenia nerwic u osób niezamożnych, Zjazd uchwala zwrócić się do odpowiednich czynników o zwrot sanatorjum dla nerwowo chorych w Karolinie, stosownie do jego pierwotnego przeznaczenia; III. Katastrofalnemu brakowi łóżek psychjatrycznych w Polsce miały do pewnego stopnia zapobiec trzy wojewódzkie szpitale psychjatryczne w Chełmie, Choroszczy i Gostyninie. Dotąd udało się tylko częściowo uruchomić szpital w Choroszczy. Z powodu

braku funduszów grozi nie tylko wstrzymanie względnie opóźnienie realizacji dwóch pozostałych zakładów, lecz i zmarnowanie wielkich sum inwestowanych dotąd w obie budowy. Wobec tego stanu rzeczy IX. Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie zwraca się do władz państwowych z prośbą o umożliwienie jaknajszybszego ukończenia budujących się szpitali psychjatrycznych przez wyjednanie niezbędnych środków finansowych.

Z kraju.

O eksport polskich wód i soli leczniczych. Z miarodajnych kół donoszą o badaniach rynków Stanów Zjednoczonych i Angjli w celu zorganizowania wywozu wody szczawnickiej, ciechocińskiej oraz soli morszyńskiej. Najważniejsze jest zdobycie rynku Stanów Zjedn. dla soli morszyńskiej, która posiada identyczne zalety, jak sól karlsbadzka, importowana do Stanów Zjedn. w ilości około 10 miljonów flakonów rocznie.

IV Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy odbędzie się w Zakopanem w dniach 20, 21 i 22 września 1931 r. pod przewodnictwem Dr. Seweryna Sterlinga. — Program Zjazdu: Dnia 19 września, sobota, godz. 18: Posiedzenie Komitetu Wykonawczego w Sanatorjum Czerwonego Krzyża; godzina 21: Zapoznanie się uczestników na tarasie hotelu „Morskie Oko". Dnia 20 września, niedziela, godz. 9,30—13: Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Dr. J. Żychonia. I. temat — biologiczny: „Związek pomiędzy allergją a odpornością w gruźlicy". Referenci: Prof. Dr. Michałowicz i Dr. St. Popowski. Koreferenci: Dr. J. Zeyland. Poznań i Dr. Z. Skibiński, Zakopane. — Dyskusja. — Godz. 14,30: Wycieczka autobusami do Morskiego Oka w Tatrach. — Dnia 21 września, poniedziałek, godz. 9—14: II. temat — kliniczny: „Kwalifikacja chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w związku z nowoczesnemi metodami badania i leczenia gruźlicy płuc". Referent: Płk. Dr. Stefan Rudzki. Koreferenci: Dr. K. Dąbrowski, Warszawa; Dr. L. Węgrzynowski, Lwów i Dr. L. Fischer, Zakopane. — Dyskusja. — Godz. 21,30: Raut w salach hotelu „Morskie Oko", wydany przez Zarząd Uzdrowiska, Gminę Zakopane i Towarzystwo Lekarskie w Zakopanem. — Dnia 22 września, wtorek, godz. 9—14: III. temat — ogólny: „O Zakopanem, jako miejscowości klimatyczno-leczniczej". Referent Dr. J. Żychoń, Zakopane. IV. temat — społeczny: „Ubezpieczenia społeczne a gruźlica". Referent Dr. W. Chodźko. Koreferenci: Dr. Cz. Wroczyński, Warszawa i P. Br. Krakowski, Warszawa. — Dyskusja. — Zamknięcie Zjazdu.

Posiedzenia Zjazdu odbywać się będą w Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża. Przewidziane jest dla uczestników zwiedzanie sanatorjów: Polskiego Czerwonego Krzyża, Związku Nauczycielstwa Szkół Powszechnych, Bratniej Pomocy Uniwersytetu Jagiellońskiego, „Odrodzenia", im. Marszałka J. Piłsudskiego w Kościeliskach, Szpitala Klimatycznego, Poradni Przeciwgruźliczej i Kasy chorych.

Dnia 23 września, środa, godz. 7: Wyjazd autobusami do Czorsztyna. Zwiedzanie Nadzamcza. Śniadanie u hr. Drohojowskiego. Godz. 11,30: Przejazd łodziami Dunajcem przez Pieniny do Szczawnicy. Zwiedzanie zdrojowiska. Obiad w Szczawnicy, wydany przez Zarząd Zdrojowiska i hr. Stadnickiego. Powrót autobusami na dworzec w Nowym Targu lub do Zakopanego.

Zgłoszenia przyjmuje Sekretarjat IV. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, Zakopane, ul. Sienkiewicza 5.

Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu 15 zł., dla członków ich rodzin 10 zł. Rodziny korzystają ze wszystkich praw członków, lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiętnika Zjazdu. — Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolejowej. — Kwatery: Komitet rezerwuje pokoje dla uczestników na żądanie otrzymane do dnia 1 września. Cena pensjonatu z utrzymaniem od osoby I. kateg. 15 zł., II. kateg. 12 zł. Cena hotelu (bez utrzymania) 5—7 zł. Uczestnikom Zjazdu, którzy zgłoszą zamiar korzystania z pokojów rezerwowanych, zostaną wysłane karty kwaterunkowe. — Biuro kwaterunkowo-meldunkowe będzie czynne na dworcu od dnia 19 września w czasie przyjazdu pociągów.

Wycieczki: 1) dnia 20 września do Morskiego Oka autobusami z podwieczorkiem w restauracji w Morskiem Oku, cena 15 zł. od osoby; 2) dnia 23 września do Czorsztyna i Szczawnicy, cena 20 zł. od osoby. — Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w biurze kwaterunkowo-meldunkowem na dworcu, w sekretarjacie Zjazdu, ul. Sienkiewicza 5 i przy wejściu na salę obrad. — W skład Komitetu Wykonawczego Zjazdu wchodzą: Przewodniczący Zjazdu, Komitet stały Zjazdów, Prezydjum Miejscowego Komitetu Organizacyjnego i członkowie Komisji Naukowej Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Wolne posady.

Jest do objęcia wyrobiona placówka dla lekarza na prowincji pod Płockiem. Kasa chorych, pomoc lekarska dla funkcjonarjuszów państwowych, kierownictwo Przychodni Przeciwgruźliczej, szkoły powszechne mogą dać 6.800 zł. rocznie. Poza tem obszerna wolna praktyka. Apteka na miejscu. Mieszkanie wygodne. Wymagany jest zwrot zrobionych inwestycyj w sumie 2.000 zł. Placówka do objęcia zaraz. Bliższych informacyj udziela listownie Dr. Wł. Piotrowski, Staroźreby, powiat płocki.

Wakuje placówka dla lekarza w Urzędowie, st. kol. Kraśnik, woj. lubelskie, gmina daje na mieszkanie 1200 zł., apteka na miejscu, mieszkańców miasteczko liczy 4.000. Informacje udziela apt. Sawa w Urzędowie.

W mieście Raków koło Staszowa, woj. kieleckie, wakuje placówka dla lekarza. Wolne mieszkanie. Subsydjum od gminy. Bliższych informacyj udziela apteka.

Zarząd Warszawskiego Okr. Oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża zawiadamia, że w Lecznicy dla przychodzących Polskiego Czerwonego Krzyża przy ul. Marszałkowskiej 63 wakują następujące godziny ordynacji lekarskich: 1) jedna godzina ranna dla okulisty; 2) jedna godzina popołudniowa dla chirurga; 3) jedna godzina ranna lub popołudniowa dla urologa; 4) jedna godzin ranna i jedna popołudniowa dla dwóch wenerologów-dermatologów; 5) jedna godzina ranna i jedna popołudniowa dla dwóch ginekologów; 6) jedna godzina ranna lub popołudniowa dla neurologa; 7) jedna godzina ranna dla pedjatry. — Szczegóły do omówienia z Dyrektorem Lecznicy (tel. 859-77 w godzinach 12—2 i 7—8). — Podania wraz z referencjami składać należy do Kuratorjum Lecznicy na ręce Dyrektora Lecznicy do dnia 15 września b. r.

Ze świata.

XII-ty Międzynarodowy Zjazd Psychoanalityczny, który miał odbyć się we wrześniu r. b., został odwołany z powodu obecnego ciężkiego kryzysu ekonomicznego.

Międzynarodowe Tow. hydrologji lekarskiej. Doroczne zebranie Międzynarodowego Tow. hydrologji lekarskiej odbędzie się w b. r. w Berlinie w połowie października na zaproszenie niemieckiego Tow. Balneologicznego. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego jest prof. Dietrich. a sekretarzem generalnym Dr. Max Hirsch. (Berlin W. 35, Steglitzer Str. 66).

Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie wraz ze Związkiem uzdrowisk i stacyj klimatycznych pirenejskich organizuje międzynarodową wycieczkę lekarską Cévennes-Pireneje pod protektoratem wydziału medycznego w Montpelier pod przewodnictwem prof. Delmas. Wycieczka wyruszy dnia 30 sierpnia r. b. z Montpelier, zwiedzi wiele stacyj klimatycznych i zdrojowych i zakończy się 10 września b. r. w Luchon (Pireneje). Dla żądających może być wycieczka przedłużona do dnia 12-go września w celu zwiedzenia Pic du Midi. Cirque de Gavarnie Lourdes. — Ulgi 50% na kolejach francuskich zapewnione, o takie same ulgi na kolejach szwajcarskich i włoskich czynione są starania. Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje: La Direction des Voyages Cérennes-Pyrénées, á la Malon (Herault).

Redakcja otrzymała:

Sonnenschein B.: „Ueber Percain, ein neues Oberflächenanästheticum". Odb. z Monatschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, zeszyt 6, z r. 1931.

Sonnenschein B.: „Eine selbstherstellbare Gesichtsschutzmaske". Odb. z Folie otolaryngologica.

Polskie Towarzystwo szpitalnictwa: „Szpitalnictwo w Polsce".

Zakopane i Tatry, czasopismo poświęcone sprawom Zakopanego, rok I, nr. 1, z 31 maja 1931.

Mikułowski W.: „De la fièvre typhoïde spontanée". Odb. z Revue francaise de pédiatric, Tome VII, nr. 3, 1931.

Mikułowski W.: „Ein Fall der Geeschen Kranheit oder der sog Coeliakie". Odb. z Acta paediatrica, Vol. X, Fasc. 4.

Mikułowski W.: „Gruźlicze zapalenie opon mózgowych a kiła". Odb. z czas. „Gruźlica", tom VI, z. 1, 1931.

Mikułowski W.: „Ueber die Anwendung der vitalen Färbungsmethode der Zerebrospinalflüssigkeit in der Klinik f. Kinderlues". Odb. z Schweizerische medizinische Wochenschrift. 61 Jahrgang, 1931, nr. 25.

Mikułowski W.: „Ueber die spontane Bauchtyphus-Form". Odb. z Sschweizerische medizinische Wochenschrift, 61 Jahrgang, 1931, nr. 31.